



02341722



LUCILIA DE OLIVEIRA
R MAURICIO NUNES GARCIA 380 APTO 31 C
JD BOTANICO
80210-150 CURITIBA - PR

RN254(05)

MAT. - 32288739

CH(M.D.RN254-20)

Prezado(a) Cliente

Por favor leia com atenção a Carta e o Aditivo Contratual enviados juntamente com esta Lâmina Complementar ao seu boleto de pagamento. Lembramos que o pagamento da mesma se refere ao aceite da Adaptação de seu contrato em atendimento a RN 254 de 05/05/2011 da ANS, que lhe trará benefícios, conforme descrito na Carta anexa. Efetuando o pagamento desta lâmina você deverá desconsiderar as demais que tenha em mãos, pois novas lâminas lhe serão encaminhadas. Ressaltamos que uma vez efetivada a adaptação não será possível o retorno ao contrato de origem nos termos do artigo 22 da Resolução Normativa nº 254 da Agência Nacional de Saúde - ANS: "Art. 22 Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem".

Atenciosamente

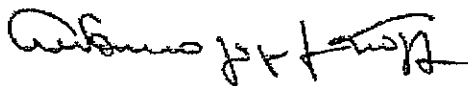
Diretoria de atendimento

8.1. Todas as mudanças de que trata este aditivo passarão a vigorar a partir do pagamento do boleto enviado ao titular do contrato com o acréscimo correspondente à adaptação.

8.2. Uma vez efetivada a adaptação, não será possível o retorno ao contrato de origem, nos termos do artigo 22 da Resolução Normativa nº 254 da Agência Nacional de Saúde – ANS: *“Art. 22 Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem”*.

8.3. Reconhecem as partes que este instrumento é acessório ao contrato de origem, bem como permanecem inalteradas todas as demais cláusulas contratuais que com este não conflitam.

São Paulo, 01 de outubro de 2012.



Antonio Jorge G. Kropf

Diretoria Técnica Amil Assistência Médica Internacional S.A.

ANS - Nº 32605

6. A opção pela adaptação não altera a segmentação do contrato ou sua rede credenciada. Dessa forma, ficam mantidas as coberturas estabelecidas no contrato vigente no que diz respeito a atendimento ambulatorial, internações e atendimento obstétrico. *(Exemplo: se o contrato vigente só tem cobertura para internações hospitalares sem obstetrícia, ele continuará sem cobertura para atendimento ambulatorial e obstétrico).*

Vigência e Extinção do Contrato.

7. O início da vigência deste aditivo será a data de pagamento do boleto enviado ao titular do contrato com o acréscimo correspondente à adaptação, conforme dispõe o artigo 3º, § 2º da Resolução Normativa 254.

7.1. O contrato será rescindido pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua vigência, mediante notificação por escrito ao CONTRATANTE até o quinquagésimo dia de inadimplência. *(Exemplo: o contrato é de janeiro, e na mensalidade de fevereiro houve atraso de 15 dias; na de abril, novo atraso de 15 dias; na de setembro, novo atraso de 20 dias; e na de outubro, novo atraso de 10 dias. Nesse caso, o contrato poderá ser extinto. Outro exemplo: o contrato é de janeiro e a mensalidade de março está em atraso por 60 (sessenta) dias. Nesse caso, também o contrato poderá ser extinto.)*

7.2. O CONTRATANTE será responsabilizado pelas mensalidades durante o período de inadimplência que anteceder o cancelamento do contrato, caso isso ocorra.

7.3. O contrato estará cancelado na ocorrência comprovada de fraude ou dolo por parte do CONTRATANTE e demais beneficiários, sem prejuízo das perdas e danos.

DISPOSIÇÕES FINAIS

8. O presente aditivo produzirá efeitos em relação a todos os beneficiários do contrato de origem.

- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 9% (nove por cento);
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 29,9% (vinte nove e nove décimos por cento);
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 15% (quinze por cento);
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento);
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 70,36% (setenta e trinta e seis centésimos por cento).

3.5. Nos contratos familiares esse percentual incidirá somente sobre o valor correspondente ao beneficiário que mudar de faixa etária.

Do reajuste Anual

4. As mensalidades serão reajustadas nos termos, nos valores e na periodicidade autorizados pela legislação vigente na época do reajuste, ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

4.1. A adesão à adaptação não acarreta supressão de qualquer dos reajustes incidentes no contrato.

4.2. O primeiro reajuste anual, não decorrente de mudança de faixa etária, incidirá na totalidade do valor cobrado anteriormente à adaptação do contrato e, quanto à parcela referente à adaptação, o reajuste ocorrerá na proporcionalidade do período compreendido entre a opção pela adaptação e a data do aniversário do contrato.

4.3. Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços será aplicada a fórmula que se segue:

$$\text{Ir} = (\text{Cons} \times \text{P1}) + (\text{Ex} \times \text{P2}) + (\text{Proc} \times \text{P3}) + (\text{HM} \times \text{P4}) + (\text{S} \times \text{P5}) + (\text{DT} \times \text{P6}) + (\text{MM} \times \text{P7}) + (\text{DG} \times \text{P8}),$$

ONDE:

Ir=Índice de reajuste;

Cons=Variação dos preços das consultas;

Ex=Variação dos preços dos exames;

Proc=Variação dos preços dos procedimentos;

HM=Variação dos preços dos honorários médicos;

S=Variação dos salários, comprovada através de acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe, ou resultantes da política salarial oficial;

DT=Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta dos Orientadores Médicos Amil Assistência Médica Internacional S.A;

MM =Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice);

DG =Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo);

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, de acordo com a apuração de seus custos pela Amil Assistência Médica Internacional S.A.

Do atraso do pagamento

5. O CONTRATANTE em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades estará sujeito à aplicação de multa de 2% e juros de mora, sem prejuízo da sua atualização monetária. Havendo necessidade de serem aplicados juros em qualquer discussão envolvendo a relação entre o **CONTRATANTE** e a **Amil Assistência Médica Internacional S.A.**, os juros serão de 12% (doze por cento) ao ano.

5.1. Ficam ratificados os reajustes adotados pela **Amil Assistência Médica Internacional S.A.** até a presente data, bem como reconhecem as partes que o pagamento posterior não quita débitos anteriores.

2.1.O aumento na contraprestação pecuniária em razão da presente adaptação **não configura reajuste** para fins do disposto na RN nº 195, de 2009, na RN nº 171, de 2008, na IN DIPRO nº 13, de 2006, e nas suas alterações, sendo cobrado o valor reajustado a partir da assinatura deste aditivo contratual.

2.3. Fica mantido o mês de aniversário do contrato de origem como data-base para o reajuste anual.

Do reajuste por mudança de faixa etária

3. A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária deste aditivo obedecerá às regras estabelecidas na Resolução Normativa nº 63, de 2003, ou em norma posterior editada pela Agência Nacional de Saúde que a substitua.

3.1. Fica estabelecido que, na hipótese de a cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato de origem **já estiver em conformidade** com a regulamentação vigente esta será mantida, não sendo alterada por este aditivo.

3.2. Na hipótese de ausência de previsão de aumento por mudança de faixa etária no contrato de origem **será vedada a inclusão de cláusula de reajuste dessa natureza.**

3.3. Ressalvadas as hipóteses acima, ficam estabelecidas as seguintes faixas etárias, que se incorporarão ao contrato de origem do qual este é acessório:

de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

3.4. **Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês subsequente ao da ocorrência, com os seguintes percentuais:**

a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 30% (trinta por cento);

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE
COBERTURA DE CUSTOS MÉDICOS E
HOSPITALARES
CONTRATADA: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA
INTERNACIONAL S.A
CONTRATANTE: LUCILIA DE OLIVEIRA
CONTRATO DE ORIGEM: PERSONAL IQC -
T0011**

Tendo em vista a normativa publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, as partes vêm celebrar o presente Termo Aditivo para adaptar o contrato de origem, formalizado antes da vigência da Lei 9.656/98, de 3 de junho de 1998, de forma a contemplar todo o sistema previsto nessa norma, consoante as disposições seguintes.

Disposições Gerais

1. O contrato adaptado está sujeito às disposições da Lei nº 9.656/98, inclusive quanto a reajustes e revisões.
- 1.2 As cláusulas contratuais originais e compatíveis com legislação em vigor serão mantidas, sendo obrigatória a adaptação à Lei 9.656/98, das cláusulas dissonantes.
- 1.3 A cobertura assistencial respeitará as exigências mínimas definidas no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, e observará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.
 - 1.3.1 A ampliação de cobertura decorrente da adaptação não alterará as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos.

Do valor do ajuste da adaptação

2. A opção pela adaptação de que trata este aditivo implicará a majoração imediata de 20% (vinte por cento) sobre o valor da contraprestação pecuniária.



Organização Médica Clinihauer Ltda.

AV. NOSSA SENHORA APARECIDA, 1138 - FONE: (041) 342-2001 - CEP 80310-100 - CURITIBA - PR
INSCR. PREFEITURA Nº 5.002.156.094-9 C.G.C. (M.F.) 76.441.047/0001-52

NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Nº 20022

1ª Via - Usuário
2ª Via - Contabilidade
3ª Via - Fisco

SÉRIE "F"

DATA DA EMISSÃO: 18 / 01 / 19 99

NOME: LUCILIA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS		VALOR R\$
REF. INCLUSÃO Pw 3		15,26
0800		703022
		00
AUTENTICAÇÃO		TOTAL R\$ 15,26
ENCARTE ARTES GRÁFICAS E EDITORA LTDA. Av. Nossa Senhora Aparecida, 1147 - Seminário - Fone: (041) 244-9763 - Curitiba - PR CGC: 00.977.064/0001-47 - ISS: 6.077.319.906-0 - 50 Bls 50 x 3 18.001 à 20.500 - Série "F" - Autorização Fiscal nº 115032 de 25/08/98		

PLUS III

Anexo ao Regulamento do Plano de
Assistência Médico-Hospitalar PER-
SONAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - pessoa
física (exames especiais).

1. Serviços Complementares de diagnóstico e tratamento a seguir relacionados:
artroscopia diagnóstica, colonoscopia,
ecografias em geral, eletrocardiografia dinâmica
(sistema Holter), tomografia computadorizada em
geral, colangiopancreatografia retrógrada,
laringoscopia com laser, medicina nuclear
(menos cod. 31.11.003 -7 - constante na Tabela
AMB), densimetria óssea, colangiografia
transcutânea, neuro-radiologia, estudo
angiológico, ressonância magnética,
alimentação parenteral, acelerador linear,
cobaltoterapia, radioterapia e quimioterapia.
2. Os benefícios incluídos neste opcional
somente serão liberados após o cumprimento de
300 dias de carência, contados a partir da
assinatura do termo de adesão e a consequente
opção naquela data pelo opcional PLUS III.
3. Fica acrescido ao valor constante do parágrafo
2º da Cláusula VI do Plano Personal Módulo
Obrigatório - pessoa física mais R\$ 2.000,00
(dois mil reais - valor este que tem como base
a data de 1º de abril de 1995, ficando a correção
do mesmo sujeito ao disposto na Cláusula XIV -
reajustes) por beneficiário inscrito por período de
365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados
a partir da data de sua inscrição ou da inclusão
de cada beneficiário.
4. Por consequência da ampliação, fica alterado
o preço pactuado (Cláusula 13.1) que é
acrescido, por usuário inscrito neste PLUS
opcional, de quantia específica prevista na
proposta de adesão.
5. Permanecem inalteradas e em plena vigência
as cláusulas e itens do regulamento não
prejudicadas por esta alteração.

Curitiba, 2 de junho de 1995.

MODELO

ORIENTADOR

O Plano Personal

É um plano de assistência médica e hospitalar, serviços de diagnósticos, fisioterapia e odontologia, modular, onde o associado compõe o seu plano, de acordo com os seus interesses. As diversas opções oferecidas neste plano são assim compostas:

Personal - Módulo Padrão

Esta opção dá direito a consultas, marcadas através da Central de Marcação de Consultas - CMC, exames de diagnóstico e terapia, internamentos clínicos e cirúrgicos (emergenciais ou eletivos) com acomodação em quarto coletivo.

Os beneficiários incluídos neste módulo terão direito aos procedimentos acima, após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade, observando as seguintes carências:

- . consultas - 30 dias
- . exames de patologia clínica e radiológicos - 90 dias
- . Internamentos clínicos - 180 dias
- . Internamentos cirúrgicos - 360 dias

Opção Plus I

Este módulo dá direito a consultas marcadas diretamente com os médicos credenciados e acomodação, nos casos de internamentos clínicos e cirúrgicos, em quarto individual com direito a acompanhante.

Neste opcional o beneficiário deve observar as seguintes carências, consideradas após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade:

- . consultas com médicos credenciados - 90 dias
- . acomodação diferenciada em apartamento - 360 dias
- . internamento clínico - 180 dias

Opção Plus II

Nesta opção o beneficiário tem direito a realizar procedimentos obstétricos e ginecológicos, em nível de tratamentos e cirurgias.

Observar as seguintes carências, após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade:

- . 90 dias para ecografias pélvica, transvaginal e mama; mamografia e laparoscopia diagnóstica;
- . 300 dias para partos normais, cirurgias obstétricas e UTI neonatal;
- . 360 dias para procedimentos cirúrgicos ginecológicos.

Opção Plus III

Este Opcional dá direito ao beneficiário a realizar exames especiais como ressonância magnética, medicina nuclear, laringoscopia com laser, eletrocardiografia dinâmica, tomografia computadorizada em geral, artroscopia diagnóstica, radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia e outros. Neste módulo, observar o período de carência de 300 (trezentos) dias após o vencimento e pagamento da primeira mensalidade.

Opção Plus IV

Esta opção prevê a cobertura de procedimentos de alto custo como cirurgia cardíaca, cineangiogramia, litotripsia, hemodinâmica, arteriografia seletiva e outros. Neste módulo o beneficiário deve observar, após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade, a carência de 360 dias.

Opção Plus V

Prevê cobertura para assistência odontológica, para assistência básica de serviços nesta área, através de consultórios próprios e clínicas credenciadas.

Os atendimentos odontológicos não cobertos pela Oralmed, serão prestados por esta, tomando-se por base tabela de serviços próprios, cujo valor médio cobrado tem se apresentado abaixo do mercado.

Nesta opção as carências a serem observadas, após o primeiro vencimento e respectivo

210 = Claudineia

pagamento das mensalidades são:
· 30 (trinta) dias para marcação de consultas avaliativas e atendimentos emergenciais;
· 90 (noventa) dias para os demais procedimentos constantes no item 5 do anexo V ao Plano Personal Módulo Padrão.

Opção Plus VI

Prevê a cobertura de procedimentos de cirurgias plásticas estéticas, os quais encontram-se definidos e especificados no Regulamento. Nesta opção o beneficiário, dependendo da modalidade contratada, observará 360 ou 720 dias de carência após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade. A aceitação por parte da Clinihauer, deste Plus VI dependerá, obrigatoriamente, de uma prévia avaliação clínica a ser realizada por médico credenciado da Clinihauer. Os procedimentos de cirurgias plásticas e estéticas previstos neste serão realizados, exclusivamente, junto ao hospital da Clinihauer e por profissionais médicos indicados especificamente para este Plus VI.

Benefícios Especiais

Estes benefícios são garantidos aos beneficiários dependentes, como complemento ao plano de assistência médico-hospitalar contratado, quais sejam:

GMF -

Seguro Garantia Médico Familiar

Garante, em caso de morte do beneficiário titular, assistência médica e hospitalar aos dependentes inscritos, pelo prazo de cinco anos contados a partir da data do óbito, sem qualquer ônus. Não inclui-se nesta garantia a cobertura para assistência odontológica, mesmo que contratada.

Seguro de Vida

Garante aos dependentes inscritos, pela morte natural ou acidental do titular, um valor em espécie, o qual é corrigido mensalmente pela FAJTR.

O valor em 01/04/95 é de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por morte natural e R\$ 8.000,00 (oito mil reais) por morte acidental.

Como utilizar o seu Plano de Saúde

1- Consultas

Quando do comparecimento à consulta o usuário deverá apresentar a sua carteira Clinihauer e a carteira de identidade do paciente. No caso de dependentes menores, os pais ou responsáveis deverão apresentar a certidão de nascimento ou carteira de identidade dos mesmos, bem como a cédula de identificação da Clinihauer.

Marcadas através da Central de Marcação de Consultas - CMC

Os beneficiários do Plano Personal Módulo Padrão marcarão suas consultas eletivas através da CMC pelo telefone (041) 342-4041 no horário das 7h30min às 19h30min, de segunda a sexta-feira, ininterruptamente.

Para tanto, o beneficiário deverá informar à atendente o nome do beneficiário que fará a consulta e a especialidade médica. A atendente informará os horários disponíveis e fará o agendamento da consulta. Com essas informações, o beneficiário dirigirá-se ao endereço orientado do médico especialista.

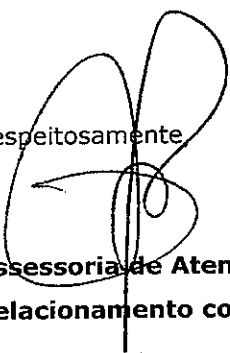
Marcadas diretamente com os médicos credenciados

Os beneficiários que têm a opção Plus I, além de poderem marcar as consultas através da CMC, têm como recurso adicional o agendamento das consultas diretamente nos consultórios dos médicos credenciados. Para tanto, o beneficiário receberá o livreto contendo o Corpo Clínico credenciado para facilitar este procedimento.

Esclarece que, a Operadora encaminhou através do correio para o endereço da beneficiária, mala direta contendo carta explicativa referente à adaptação contratual, consoante RN n. 254 publicada pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

Por tais razões requer a este R. Órgão o arquivamento da presente reclamação.

Assim, na expectativa de haver atendido o quanto demandado, permanece à disposição de V. Sa. para eventuais esclarecimentos, renovando, na oportunidade, os protestos de apreço e consideração.



Respeitosamente,

Assessoria de Atendimento
Relacionamento com o PROCON

São Paulo, 19 de Junho de 2013.

À

**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA EM DIREITOS HUMANOS
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR
PROCON/PR**

Ref. F.A: 0113-047.779-4
Beneficiária: Lucilia de Oliveira

Prezados,

A **Amil Assistência Médica Internacional S.A.**, vem, respeitosamente, diante de V. Sas, em atenção a FA supra citada, expor o que segue:

Inicialmente, informa que o Sra. **Lucilia de Oliveira** é titular e única beneficiária do plano "**CH-PERSONAL I – ACOMODACAO**", desta Operadora, face ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar, firmado aos 05 de fevereiro de 1992, constituindo entre as partes, um ato jurídico perfeito e acabado.

Quanto ao objeto da manifestação, a Operadora informa que o contrato foi formalizado anteriormente à Lei Nº 9.656/98, prevalecendo, portanto, as coberturas originalmente pactuadas, ou seja, aquelas previstas por ocasião de sua formalização, às quais foram anuídas pela contratante, não cabendo, nesse momento, alterar o que livremente pactuou.

Ressalta que o procedimento solicitado, qual seja Ressonância Magnética não está previsto contratualmente, conforme Cláusula VII – serviços excluídos do regulamento, abaixo descrito e documento ora acostado.

I - Tomografia computadoriza (exceto as constantes na letra 'o', item 6.2, Cláusula VI), medicina nuclear (exceto as constantes a letra: g, item 6. 2, Cláusula VI), emprego de aparelhagem, exames especiais ou de métodos e processos de diagnóstico e terapia desenvolvidos e utilizados após a data deste contrato, inclusive litotripsia ultrassônica e **ressonância magnética (...)**

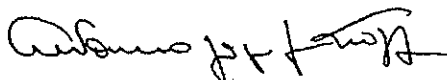
Cabe ressaltar que, a Operadora que entrou em contato com a beneficiária por meio do telefone (41) 8866-6719 para maiores esclarecimentos, ocasião que tomou conhecimento das informações acima citadas, o qual foi oferecido a proceder com a adaptação do seu contrato, conforme a RN 254, uma vez aderindo não sofrerá mais o reajuste por faixa etária após os 60 anos, bem como acrescentando todos os procedimentos regulados nos termos da Lei 9656/98 da ANS, com a qual a cliente não concordou.

Caso você venha a efetuar esse pagamento, aceitando a adaptação, deve desconsiderar as lâminas que tem em mãos, visto que novas lâminas lhe serão encaminhadas.

Importante mencionar, ainda, que a possibilidade de migração para um plano regulamentado (assinatura de um novo contrato, com alteração do plano) pode ser realizada, pessoalmente, em uma das agências de atendimento da Amil.

Em caso de dúvida, acesse nosso *site* (www.amil.com.br) na aba **CLIENTE**, ícone **ADAPTAÇÃO E MIGRAÇÃO DE CONTRATOS**, ou contate nosso teleatendimento pelo telefone 0800-021-2583 (Decreto 6.523/08). Contamos ainda com um teleatendimento exclusivo para atender portadores de deficiência auditiva: 0800-021-1001.

Atenciosamente,



Antonio Jorge G. Kropf
Diretoria Técnica Amil Assistência Médica Internacional S.A.

19-06-2013
me liguei Atendente Poliana

1º de outubro de 2012.

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, operadora do seu plano de saúde, vem, por meio desta, comunicar que você poderá optar pela adaptação contratual, em atendimento ao disposto na Resolução Normativa da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) nº 254, de 5 de maio de 2011.

A adaptação contratual, ora ofertada, tem por finalidade a adequação do seu contrato às regras operacionais e coberturas assistenciais instituídas pela Lei nº 9.656/98, permitindo que você usufrua de garantias estabelecidas somente para os planos regulamentados à referida lei ("**Planos Novos**").

Ressaltamos que serão respeitadas as particularidades do seu contrato, tais como área de abrangência geográfica, rede credenciada, tipo de contratação, acomodação em caso de internação etc., o que pode ser conferido detalhadamente no termo aditivo ao contrato.

Você, que no passado não optou pelo aditivo de benefícios médicos da nova cobertura (plano equalizado), poderá fazê-lo agora através da adaptação contratual, a aplicação do reajuste de 20% na sua mensalidade, lembrando que, com o reajuste, você terá a garantia de todos os direitos previstos na Lei nº 9.656/98, em especial a cobertura médica abrangente e observância às normas da ANS, referentes às questões relacionadas a reajuste anual de mensalidade e reajustes por faixa etária (caso seu contrato o preveja).

Além de todas as coberturas instituídas pelo rol de procedimentos da ANS, confira abaixo algumas coberturas com as quais você passará a contar, **respeitando-se a rede de atendimento do seu contrato atual:**

- órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico (exceto para fins estéticos);
- psiquiatria e psicoterapia para atendimento em crises;
- *stents* utilizados em angioplastias;
- hemodiálise e diálise;
- cirurgia refrativa em grau igual ou maior que 5;
- transplante de rim, córnea e transplante autólogo de medula óssea.

Uma vez efetivada a adaptação, não será possível o retorno ao contrato de origem nos termos do artigo 22 da Resolução Normativa nº 254 da Agência Nacional de Saúde – ANS: "Art. 22 - Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem."

Destacamos, por oportuno, que a adaptação contratual está fundamentada no Artigo 35, da Lei nº 9.656/98, e na Resolução Normativa nº 254, da **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** -, e também que, para a sua aceitação, basta o pagamento do boleto anexo a esta carta.

Clinica Médica São Paulo
R Manoel Correa, 965 Costeira. F. 3423-4466
Cedil
Av Gabriel de Lara, 610 Centro F. 3422-1307
Interprais Clínica Médica. (plantão 24 horas)
Av Gabriel de Lara, 1.271 F. 3422-0444/3422-1439
Clínica Cetano de Fisiot. Computadorizada
R Manoel Bonifácio, 256 F. 3422-1829
Lab. Anál. Clín. Madre Tereza de Calcutá
R Manoel Correa, 965 F. 3423-4551

GUARATUBA
Amel Assist. Méd. Emerg. Litoral (7:30 as 23:00h)
R Dr. João Cândido, 647 F. 3472-2373.
Clínica Médica Vida
R Capitão João Pedro, 188 Centro.
Clínica Luiz Sergio dos S. M. e Cia Ltda
Av Vieira dos Santos, 30 Centro F. 3472-3546.
Laboratório Lanaclin
Av Ponta Grossa, 215 F. 3472-1780.
Laboratório Newlab

R José Bonifácio, 367 F. 3442-1641.
MATINHOS
Clínica Médica Vida
Av Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1.313 Centro F. 3453-0404
Clínica Prontomar
Av Maringá, 187 Centro F. 3453-9464 / 3453-2685
Clínica São Francisco De Assis
R Juscelino Kubitschek de Oliveira, 200F. 3453-1072
Laboratório Lanaclin
R Albano Muller, 730 F. 3453-7771
Labomar
R Albano Muller, 794 F. 3453-1979

PRAIA DE LESTE
VIDA CLÍNICA (24 horas)
Rodovia PR 412, 462. F. 3458-5858

ATENDIMENTO EM SANTA CATARINA

BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Hospital Santa Inês
Av. do Estado, 1.690 F. (47) 3367-4411
Clípacional
Endereço: Rua 2.061, nº 176 F. (47) 3360-0162

BLUMENAU
Servmed Saúde Ltda Pronto Atendimento
Rua Dr. Luiz de Freitas Meiro, 418.
F. (47) 3322-2028/3322-2614/3322-5979

FLORIANÓPOLIS
Clínica Médica Casuo Ishimine
Segunda a Sexta-feira das 07:00 às 22:00.
Sábado das 07:00 às 12:00.
Rua Antonieta de Barros, 211 F. (48) 3244-2368.

JOINVILE
Agemed
Rua Paraná, 175 F. (47) 3433-4044
Hospital Regional Hans Dieter
Rua Xavier Arp s/nº F. (47) 3461-5500.

ANS 32534-1


Clinihauer
saúde global



|||||
Lucília de Oliveira
CP CAIXA POSTAL, 337
80011970 - CURITIBA - PR

Sequência: 00060

Documento Bancário



SUDAMERIS

347-6

RECIBO DO SACADO

Cedente				Agência/Código Cedente		Vencimento	
ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHUER LTDA - MATRIZ				1524/5001362/9		05/01/2008	
Data do Documento	Número do Documento	Espécie do Documento	Acate	Data do Processamento	Nosso Número		
16/11/2007	0003726099			02/01/2008	0000003278825		
CNPJ do Cedente	Carteira	Espécie	Quantidade de moeda	Valor	(R) Valor do Documento		
76.441.047/0001-52	57	R\$		X	99,84		

Relação de Associados por Contratante Pagador

CODIGO	NOME	IDADE	MES	REAJ.	VALOR
36.356-01	Lucília de Oliveira	061	Fev/1996		99,84

Dias de atraso acumulados pelo sacado nos últimos doze meses: 000

Período: 16/11/2006 a 16/11/2007 Parcelas Abertas:

ATENÇÃO ASSOCIADO

COBRANÇA DE CO-PARTICIPAÇÃO

Informamos que, em face à reestruturação que está sendo realizada em nossa empresa, o registro dos atendimentos realizados nos meses de agosto, setembro e outubro no ambulatório do Hospital Milton Muricy não puderam ser processados em sua totalidade, o que será regularizado ainda neste mês.

Em razão disto, a cobrança de valores de co-participação em consultas e exames, dos contratos que prevêem esta cobrança serão lançados em boletos futuros de forma fracionada.

ATENDIMENTOS DE ORTOPEDIA

Comunicamos que a partir de 01/12/2007 os atendimentos de urgência e emergência de Ortopedia em Curitiba serão realizados exclusivamente no Hospital Milton Muricy.

Os atendimentos eletivos continuam sendo realizados pela rede credenciada e nas unidades, sendo agendados através do telefone 3027-9392.

Informações CIA Central de Informação ao Associado Tel. 0(XX)41 3027-9392

Reajuste de 5,76%, autorizado pela ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar, através do processo nº 33902.113890/2007-99 de 19/06/2007 e será aplicado de acordo com o mês de aniversário do contrato.

Sacado

Lucília de Oliveira
CP CAIXA POSTAL, 337
80011970 - CURITIBA - PR

0000003271207000164

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

99,84COBRANC397007

Cedente ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHAUER LTDA - MATRIZ					Agência/Código Cedente 1524/5001362/2	Vencimento 05/02/2008
Data do Documento 22/01/2008	Número do Documento 0003806500	Espécie do Documento	Aceito	Data do Processamento 01/02/2008	Nosso Número 0000003347015	
CNPJ do Cedente 76.441.047/0001-52	Carteira 57	Espécie R\$	Quantidade de moeda	Valor X	(=) Valor do Documento 105,58	

Relação de Associados por Contratante Pagador

CODIGO	NOME	IDADE	MES REAJ.	VALOR
36.356-01	Lucília de Oliveira	061	Fev/1996	105,58

Dias de atraso acumulados pelo sacado nos últimos doze meses: 000

Período: 22/01/2007 a 22/01/2008 Parcelas Abertas:

Sacado

Lucília de Oliveira
CP CAIXA POSTAL, 337
80011970 - CURITIBA - PR

ATENÇÃO BENEFICIÁRIOS

Conforme índice autorizado pela ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar, informamos que desde 01/01/2008 foram reajustados em 5,76% o valor da co-participação das consultas médicas, bem como o valor das feitas à consultas e franquia de procedimentos odontológicos, conforme abaixo:

Plano	Cód. Plano	Consulta eletiva e falta à consulta	Consulta emergencial	Sessão de fisioterapia
Personal Inteligente	320 a 327	R\$ 9,21	R\$ 9,21	- x -
Personal Inteligente 1	420 a 427	R\$ 10,50	R\$ 20,09	- x -
Personal Inteligente 2	330 a 333	R\$ 10,50	R\$ 20,09	- x -
Personal Protege	430 a 433	R\$ 10,50	R\$ 20,09	R\$ 2,12

Os novos valores de franquia para os procedimentos odontológicos de todos os planos anteriormente relacionados, são:

Procedimentos odontológicos Grupo B R\$ 23,40
Procedimentos odontológicos Grupo C R\$ 31,25
Procedimentos odontológicos Grupo D R\$ 54,81
Procedimentos odontológicos Grupo E R\$ 78,37

Informações CIA Central de Informação ao Associado Tel. 0(XX)41 3027-9392

Reajuste de 5,76%, autorizado pela ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar, através do processo nº 33902.113890/2007-99 de 19/06/2007 e será aplicado de acordo com o mês de aniversário do contrato.

006900310108000382

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

105,58COBRANC397007

ATENDIMENTO NO LITORAL

PARANAGUÁ

Clinica Médica São Paulo
R Manoel Correa, 965 Costeira. F. 3423-4466
Cedil
Av Gabriel de Lara, 610 Centro F. 3422-1307
Interprias Clínica Médica. (plantão 24 horas)
Av Gabriel de Lara, 1.271 F. 3422-0444/3422-1439
Clínica Cetano de Fisiot. Computadorizada
R Manoel Bonifácio, 256 F. 3422-1829
Lab. Anális. Clin. Madre Tereza de Calcutá
R Manoel Correia, 965 F. 3423-4551

GUARATUBA

Amel Assist. Méd. Emerg. Litoral (7:30 as 23:00h)
R Dr. João Cândido, 647 F. 3472-2373.
Clínica Médica Vida
R Capitão João Pedro, 188 Centro.
Clínica Luiz Sergio dos S. M. e Cia Ltda
Av Vieira dos Santos, 30 Centro F. 3472-3546.
Laboratório Lanacilin
Av Ponta Grossa, 215 F. 3472-1780.
Laboratório Newlab

R Jose Bonifácio, 367 F. 3442-1641.

MATINHOS

Clinica Médica Vida
Av Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1.313 Centro F. 3453-0404
Clínica Prontomar
Av Maringá, 187 Centro F. 3453-9464 / 3453-2685
Clínica São Francisco De Assis
R Juscelino Kubitschki de Oliveira, 200F. 3453-1072
Laboratório Lanacilin
R Albano Muller, 730 F. 3453-7771
Labomar
R Albano Muller, 794 F. 3453-1979

PRAIA DE LESTE

VIDA CLÍNICA (24 horas)
Rodovia PR 412, 462. F. 3458-5858

ATENDIMENTO EM SANTA CATARINA

BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Hospital Santa Inês

Av. do Estado, 1.690 F. (47) 3367-4411
Clipacional
Endereço: Rua 2.061, nº 176 F. (47) 3360-0162

BLUMENAU

Servmed Saúde Ltda Pronto Atendimento
Rua Dr. Luiz de Freitas Meiro, 418.
F. (47) 3322-2028/3322-2614/3322-5979

FLORIANÓPOLIS

Clínica Médica Casuo Ishimine
Segunda a Sexta-feira das 07:00 às 22:00.
Sábado das 07:00 às 12:00.
Rua Antonieta de Barros, 211 F. (48) 3244-2368.

JOINVILE

Agemed
Rua Paraná, 175 F. (47) 3433-4044
Hospital Regional Hans Dieter
Rua Xavier Arp s/nº F. (47) 3461-5500.

ANS 32534-1



Seqüência: 00010



Lucília de Oliveira
CP CAIXA POSTAL, 337
80011970 - CURITIBA - PR

Documento Bancário

CIRCULAR Nº 026/2013

30 de abril de 2013

AOS MÉDICOS COOPERADOS

Ref.: **LPS apresentou resultados positivos**

Prezado Cooperado e Sócio:

Em janeiro, a Unimed Curitiba adotou um referencial de remuneração próprio aos seus Sócios, que ressalte-se em uma Cooperativa é a “antecipação de eventuais sobras”. Denominado Lista de Procedimentos em Saúde (LPS), este novo referencial (em conjunto com outras medidas administrativas) possibilitou o resgate da igualdade, princípio cooperativista desrespeitado após o desequilíbrio evidenciado com a adoção da CBHPM (dos R\$ 112 milhões repassados a mais aos Sócios, apenas 434 Cooperados foram beneficiados com 80% deste valor, enquanto 20% beneficiou os demais 3.533 Cooperados).

Além de garantir a manutenção da solidez financeira e sustentabilidade da Cooperativa – arduamente conquistados nos últimos tempos –, a adoção da LPS já apresentou resultados positivos no 1º trimestre de sua vigência. Assim, somado a mais de uma década de trabalho dedicado da Gestão – com recuperação de dívidas da década de 90 que ultrapassavam meio bilhão de reais e, principalmente, estabilização do caixa em mais de R\$ 315 milhões e mais de R\$ 210 milhões em provisionamentos obrigatórios – a Unimed Curitiba informa que promoverá (para atendimentos a partir de 1º/05/2013) o reajuste do Honorário Médico de consulta em consultório de R\$ 48,00 para **R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais)**.

O Conselho de Administração ressalta que este aumento somente é possível graças ao reequilíbrio financeiro da Sociedade (reforçado pela adoção da LPS) e às ações administrativas tomadas pela Gestão (inclusive de controle dos gastos excessivos por alguns Cooperados), por isso, os números da Sociedade – especialmente os gastos do custo assistencial médico – continuarão sob avaliação trimestral, com vistas a manter a segurança do patrimônio econômico-financeiro da Sociedade e seus Sócios.

Atenciosamente,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Unimed Curitiba



FUNBEP - Fundo de Pensão Multipatrocinado

Fl. 1/1

Demonstrativo de Pagamento de Benefício

Folha de Pagamento MENSAL	Competência ABRIL/13	Data do Pagamento 19/04/2013	Controle
Beneficiário JOAQUIM REBELO DE OLIVEIRA		Banco/Agência/Conta Corrente 341/3810.030606.2	
CPF 236740409-72		Dependentes Imposto de Renda 01	
Demonstrativo			
Cód.	Histórico	Valor	Observações
3280	PAGAMENTOS		
3281	SUPLEMENTO FUNBEP	5.823,89	
3282	RENDIM SUPLEMENTAR C	838,40	
	DECISAO JUDICIAL	59,41	
2011	DEDUCOES		
4055	DESCONTO IMPOSTO REN	827,59	
4690	SEG GRALHA AZUL VG	86,30	
	CONTRIBUICAO FUNBEP	665,45	
Total dos Pagamentos 6.721,70		Total das Deduções 1.579,34	Líquido de Pagamento 5.142,36

ATENCAO! ANIVERSARIANTE DE ABRIL, REALIZE SEU RECADASTRAMENTO ATÉ 30/04/2013. RELATORIO ANUAL 2012 - A PARTIR DE 30 DE ABRIL CONSULTE O RELATORIO ANUAL NO SITE WWW.FUNBEP.COM.BR.

45-98115004

Quando o Itaú passou a administrar o nosso Plano de Saúde (outubro 2001) eu pagava pelo melhor plano, o Global Apartamento o valor de R\$ 90,56 — Os procedimentos eram pagos aos médicos, laboratórios e hospitais pela tabela da AMB - Associação Médica Brasileira — O Plano pagava 70% do valor e o usuário os outros 30%. Pouco tempo depois fiz um reajuste e passou o plano a assumir todo valor, porém logo em seguida reduziu o nº de consultas. Hoje pelo valor de 1120,46 ^{por mês} tem-se direito a apenas 2 consultas-ano sem co-participação. Antes do Itaú o reajuste do Plano era automático ou seja, o mesmo índice aplicado em nossos salários era aplicado também no Plano de

Os números de hoje são os seguintes: (2º)

Em 07/1998 - O plano pagava ao médico o valor de 32,00 por uma consulta (Nesta data não tínhamos limites de consulta)
hoje 04/2013 pagam apenas R\$ 42,00 ou seja em 14 anos eles deram apenas 31,25% de aumento neste procedimento.

Em 20/10 2001 - Recebia de proventos de Aposentadoria pagos pela fundação hoje do Itaú o valor de R\$ 2826,66 hoje R\$ 6724,70 com um reajuste de 137,78% em 12 anos.

Já a mensalidade do Plano de Saúde passava de R\$ 90,56 para maio/2013 - R\$ 1120,46 com um reajuste de 1137,25% em os mesmos 12 anos onde tivemos 137,78% de aumento de vencimentos e apenas 31,25%.

30

Se não bastasse todos estes números sem
um agravante não menos pior. Em 1992
o Banestado criou a CABEP - para Adminis-
trar o plano Assistencial Banestado (funciona-
rios e familiares). Com a privatização o
Itau ficou com este valor remunerando
sem nenhuma prestação de contas que deveria
estaria sendo feita - em Dezembro de 2005
estava contabilizado o valor de ~~R\$~~ R\$ 38.137.846,00
depois disto não se tem mais dados do que
foi feito com este valor. O Banco continuou
usando este valor como bem entende
quanto os "donos deste dinheiro" amargam
os aumentos sem nenhuma justificativa nas
mensalidades. Nenhuma vez o Itau disse
porque está se justificando. Nenhuma vez en-
disse. Neste período dezenas de companheiros faleceram
sem poder usufruir a pensão que lhes fora deixada.
Ver PIS/Cofins - anexo 0 que contém uma ele-
vação das mensalidades



FUNBEP - Fundo de Pensão Multipatrocinado Contracheque

Rua Marechal Deodoro, 421 - 80.020-320 - Curitiba - PR - CGC 76.629.252/0001-46
Fone (41) 3097020 Fax (41) 222-9125 E-mail: gepre@funbep.com.br

Empresa			Grupo		Benef.	Matrícula/DV
FUNBEP - FUNDO DE PENSÃO MULTIPATROCINADO			A		TS	04364-8
Participante			Período		Agência	C/Corrente
JOAQUIM REBELO DE OLIVEIRA			JUNHO/01		00181	011970-1
Código	Vantagens	Valor	Código	Descontos	Valor	
001	SUPLEM.FUNBEP	2.468,19	108	IMPOSTO RENDA	191,86	
034	REND SUPL CARG	358,47	109	CONTRIB FUNBEP	279,84	
			110	ASSOC BANESTAD	15,00	
			114	AFAB AP CONST	6,00	
			140	DESP AS MEDICA	192,92	
			175	SEB/MENSALIDAD	459,73	
			200	SEG G AZUL VG	83,07	
			473	MENS.ASSIS.MED	90,56	
Margem Consig.		IR Base Calc.	Nº Dep.	Total Vantagens	Total Descontos	Líquido Receber
850,29		2.006,82	06	2.826,66	1.319,00	1.507,66

A GUARDA DESTA DOCUMENTO E DE SUA RESPONSABILIDADE.
Participante, através do 0800-419050 - mediante senha individual V.Sa. poderá obter: o
valor líquido e descontos da sua suplementação, solicitação de cheque consulta e emissão
de carteira do PASS. >>>> SENHA INDIVIDUAL FUNBEP: 4801 <<<<<
NESTE MES ESTAMOS FAZENDO REVISÃO DAS SUPLEMENTAÇÕES DOS CONSTITUINTES DEVIDO
AUMENTO NOS BENEFÍCIOS DO INSS NA ORDEM DECRESCENTE DE 7,66% REF COMP 06/2000

LANÇAMENTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Data	Verba	Entidade / Profissional	Vlr. Total	Vlr. do Func.
23/04/2001	Q 140	HOSP POLICLINICA CASCAVEL	39,69	19,84
08/02/2001	H 140	CLIN UROLOGICA DO OESTE	566,28	169,88
16/05/2001	O 140	CLAUDIO BIBIANO DE OLIVEI	32,00	3,20
		TOTAL DE CREDITOS		0,00
		TOTAL DE DEBITOS		192,92
		MENSALIDADES DO SEB FAMILIAR		
		LUCIA BARBERATO R'DE OLIV	221,98	
		PEDRO REBELO DE OLIVEIRA		237,75

DÚVIDAS SOBRE ASSIST. MÉDICA, LIGAR PARA FUNBEP ATENDE. FONE: 0800-419050



Contracheque

Empresa BANCO DO ESTADO DO PARANA S/A					Lotação	Matrícula/DV
Funcionário JOAQUIM REBELO OLIVEIRA					00019	05933-5
Período 01/08/98 31/08/98					Agência	C/Corrente
					0019	0268500
Cód.	NR	Vantagens	Valor	Código	Descontos	Valor
002	A-20	ORDENADO PADRAO	1.301,84	536/01	FUNBEP/CONTRIB.	245,52
004		GRATIF.DE CARGO	370,32	538/01	CONT.FUNBEP ADIC.	70,51
008		COMPL.GRAT.CARGO	444,69	540/01	SEB - FAMILIAR	365,68
020		ANUENIOS	180,00	560/01	SINDICATO/MENS.	12,20
074		SALARIO FAMILIA	2,14	566/01	ASSOCIACAO/MENS	32,05
192		C.PROV.COMISSAO	158,73	596/01	INSS	118,97
250		G.S.MENS./ACT-MPT	438,18	602/01	IMP. DE RENDA	242,52
270		REND.SUPL.CARGO	311,50	606/02	E.FUNBEP AS.FUN	189,11
				636/01	FUNBEP G. S. MENS.	39,27
				666/01	FUNBEP ASSIST.MED.	29,12
				858/01	S.G.AZUL - VG	69,12
Base do INSS		IR Base Calc.	NRDep.	Total Vantagens	Total Descontos	Liq. Receber
3.205,26		2.190,99	06	3.207,40	1.414,07	1.793,33
Margem Consig.		" VERBAS IMPARES SAO NEGATIVAS "		FGTS do Mês	A GUARDA DESTES DOCUMENTOS É DE SUA RESPONSABILIDADE	
294,04				256,42		

PERÍODO AQUISITIVO : 03/06/1997 A 02/06/1998 ADTO SALARIO(70%) :
PREVISAO DE FERIAS : NAO HA ABONO FERIAS : ABONO ASSIDUIDADE :

LANÇAMENTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Data	Verba	Entidade / Profissional	Vir. Total	Vir.do Func.
20/07/98	0 666	FRANCISCO JOSE SCHWERZ	32,00	29,12
		TOTAL DE DEBITOS		29,12
		TOTAL DE CREDITOS		0,00

** MENSALIDADES SEB-FAMILIAR **

PEDRO REBELO DE OLIVEIRA 189,11 | LUCIA BARBERATO R DE OLIV 176,57

"DÚVIDAS SOBRE PREVIDÊNCIA OU ASSIST. MÉDICA, CONTATE MEMO FUNBEP, OU LIGUE 0800-41-1501"

Mod. FO 015-6/CRH



Contracheque

Empresa	Lotapão	Matrícula/DV
BANCO DO ESTADO DO PARANÁ S/A	00019	05933-5
Funcionário	Período	Agência C/Corrente
JOAQUIM REBELO OLIVEIRA	01/06/98 30/06/98	0019 0268500

Cód.	Nº	Vantagens	Valor	Código	Descontos	Valor
002	A-20	ORDENADO PADRÃO	1.301,84	536/01	FUNBEP/CONTRIB.	245,52
004		GRATIF. DE CARGO	370,32	540/01	SEB - FAMILIAR	365,68
008		COMPL. GRAT. CARGO	444,69	560/01	SINDICATO/MENS.	12,20
020	024	ANUENIOS	180,00	566/01	ASSOCIACAO/MENS	32,05
074	002	SALARIO FAMILIA	2,14	596/01	INSS	118,97
080		SALAR. EDUCACAO	315,00	602/01	IMP. DE RENDA	348,53
192		C. PROV. COMISSAO	158,73	606/04	E. FUNBEP AS. FUN	187,53
250		G.S. MENS. / ACT-MPT	438,18	636/01	FUNBEP G. S. MENS.	39,27
270		REND. SUPL. CARGO	311,50	666/01	FUNBEP ASSIST. MED.	29,00

Base do INSS	IR Base Calc.	NRDep.	Total Vantagens	Total Descontos	Liq. Receber
3.205,26	2.576,50	06	3.522,40	1.378,75	2.143,65
Margem Consig.	" VERBAS IMPARES SAO NEGATIVAS "		FGTS do Mês	A GUARDA DESTA DOCUMENTO É DE SUA RESPONSABILIDADE	
305,70			256,42		

PERÍODO AQUISITIVO : 03/05/1997 A 02/06/1998 ADTO SALARIO(70%) :
PREVISAO DE FERIAS : NAO HA ABONO FERIAS : ABONO ASSIDUIDADE :

LANÇAMENTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Data	Verba	Entidade / Profissional	Vlr. Total	Vlr. do Func.
12/05/98	0 666	BALFORD RAFAEL A. SANCHEZ	29,00	29,00
		TOTAL DE DEBITOS		29,00
		TOTAL DE CREDITOS		0,00

** MENSALIDADES SEB-FAMILIAR **

PEDRO REBELO DE OLIVEIRA 189,11 | LUCIA BARBERATO R DE OLIV 176,57

"DÚVIDAS SOBRE PREVIDÊNCIA OU ASSIST. MÉDICA, CONTATE MEMO FUNBEP, OU LIGUE 0800-41-1501"
Mod. 60.015-5/GRH

MOVIMENTAÇÃO
DE CONTA CORRENTE/
POUP AUTPERÍODO DE
29.03.2013
A 30.04.2013

JOAQUIM REBELO DE OLIVEIRA - AGÊNCIA 3810 - CONTA CORRENTE 30606-2

DIA	HISTÓRICO	AG/ORIG	CRÉDITO	DÉBITO	SALDO
	RSHOP-POSTO RIBAS-14/04	5934		96,00 -	
	RSHOP-SUPER MUFFA-12/04	5934		68,66 -	
	RSHOP-SUPER BEAL -13/04	5934		31,45 -	1.033,75
16/04	CXE 000950 SAQUE	3810		200,00 -	
	CXE TEF 1604.00816-7	3810		1.200,00 -	
	RSHOP-POSTO PEGOR-15/04	5934		136,68 -	
P	CXE 000127 DEP CHQ	3810	1.400,00 +		939,07
P	SISPAG FUNDACAO SAUDE I	0910	42,00 +		1.400,00
	(-) SALDO A LIBERAR				460,93-
	SALDO FINAL DEVEDOR				890,88
17/04	RSHOP-SUPER MUFFA-16/04	5934		48,19 -	
18/04	RSHOP-SUPER BEAL -17/04	5934		27,74 -	
P	JUROS POUP AUT		3,64 +		866,78
19/04	CONTRIB PLANO SAUDE			532,76 -	
	AGREGADO-PLANO SAUDE			587,70 -	
P	SISPAG	3833	5.142,36 +		4.870,38
	SISDEB AFAB-ASSOC BAN			18,30 -	
22/04	RSHOP-CHURRASCARI-21/04	5934		36,00 -	
	RSHOP-SUPER MUFFA-20/04	5934		17,89 -	
	RSHOP-SUPER BEAL -19/04	5934		62,34 -	
	TBI 3810.30898-5/500	4175		300,00 -	
P	TBI 3810.30606-2/500	4175	424,38 +		4.878,53
23/04	RSHOP-HC SHOP AGR-22/04	5934		6,94 -	
	RSHOP-SUPER MUFFA-22/04	5934		28,43 -	4.843,16
24/04	SAQUE 24H 00278895	5086		80,00 -	
D	CH COMPENSADO 001 000792	7708		850,00 -	3.913,16
25/04 D	CXE PAG TIT BANCO 001			693,64 -	
	SEGURO ITAUCAR COR 02/04			424,38 -	2.795,14
26/04 D	INT PAG TIT BANCO 033	4175		399,40 -	
D	INT PAG TIT BANCO 033	4175		81,00 -	2.314,74
29/04	CXE TEF 1604.00816-7	7619		2.000,00 -	
	CXE TEF 3810.30898-5/500	7619		300,00 -	
	RSHOP-FARMACIA ES-26/04	5934		99,58 -	
P	CXE TEF 3810.30606-2/500	7619	300,00 +		215,16
30/04	RSHOP-NATURAL FAR-29/04	5934		33,00 -	
	RSHOP-SUPER BEAL -29/04	5934		63,70 -	118,46
	SALDO FINAL CONTA CORRENTE				10,00
	SALDO FINAL POUP AUT				108,46

PRINCIPAIS SIGLAS UTILIZADAS NO EXTRATO

A	AGENDAMENTO
ADIC	ADICIONAL
ADIANT. DEPOSITANTE	ADIANTAMENTO À DEPOSITANTE
AG	AGÊNCIA
AUT / AUTOM	AUTOMÁTICA (O)
BAS	BÁSICO
BKF	BANKFONE
BKL / BKI	BANKLINE
C	CRÉDITO A COMPENSAR
C/C	CONTA CORRENTE
CCF	CADASTRO DE CHEQUES SEM FUNDO
CEI	CAIXA ELETRÔNICO ITAÚ
CH/CHQ	CHEQUE
CONTRB	CONTRIBUIÇÃO
CXE	CAIXAS ELETRÔNICOS
D	DÉBITO A COMPENSAR

DA	DÉBITO AUTOMÁTICO
DEP	DEPÓSITO
DEV	DEVOLVIDO
DOC	DOCUMENTO DE CRÉDITO
EXTR / EXT	EXTRATO
G	APLICAÇÃO PROGRAMADA
INT/INTERNET/30H INT	TRANSAÇÃO REALIZADA PELA INTERNET
INT TRANSF	TRANSFERÊNCIA EFETUADA/RECEBIDA VIA INTERNET
IOF	IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES FINANCEIRAS
MENS	MESESALIDADE
P	POUPANÇA AUTOMÁTICA
PAGTO/PGTO/PAG/PG	PAGAMENTO
POUP	POUPANÇA
REFIN	REFINANCIAMENTO
REMUNER	REMUNERAÇÃO
RSHOP	REDE SHOP

SAQ/SQ	SAQUE
SDO/SD	SALDO
SISDEB	SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO
SISPAG	SISTEMA DE PAGAMENTO
TAR	TARIFA
TED	TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA DISPONÍVEL
TEL TRANSF	TRANSFERÊNCIA EFETUADA/RECEBIDA VIA TELEFONE
TEL/TELEFONE/30H TEL	TRANSAÇÃO REALIZADA PELO TELEFONE
TIT	TÍTULO
TBI	TRANSFERÊNCIA EFETUADA/RECEBIDA VIA BANKLINE
TRANSF/TEF/TEC/	
TRE/TRANS	TRANSFERÊNCIA

CHEQUES DEBITADOS

CHEQUES	VALOR	DEBITADO EM
000792	850,00 -	24/04

CHEQUES	VALOR	DEBITADO EM
000794	500,00 -	02/04

CHEQUES	VALOR	DEBITADO EM
000795	5.400,00 -	02/04

Cód.: 999.552/mar.11

Consulta- Medico

$$20/07/1998 = 32,00$$

$$16/04/2013 = 42,00$$

$$= 10,00$$

$$= 31,25\%$$

Salario

$$20/10/2001 = 2826,66$$

$$20/04/2013 = 6721,70$$

$$= 3895,04 = 137,78\%$$

$$\text{Plano} = \text{Out: 2001} = 90,56$$

$$\text{MAIO Abril: 2013} = 1120,46$$

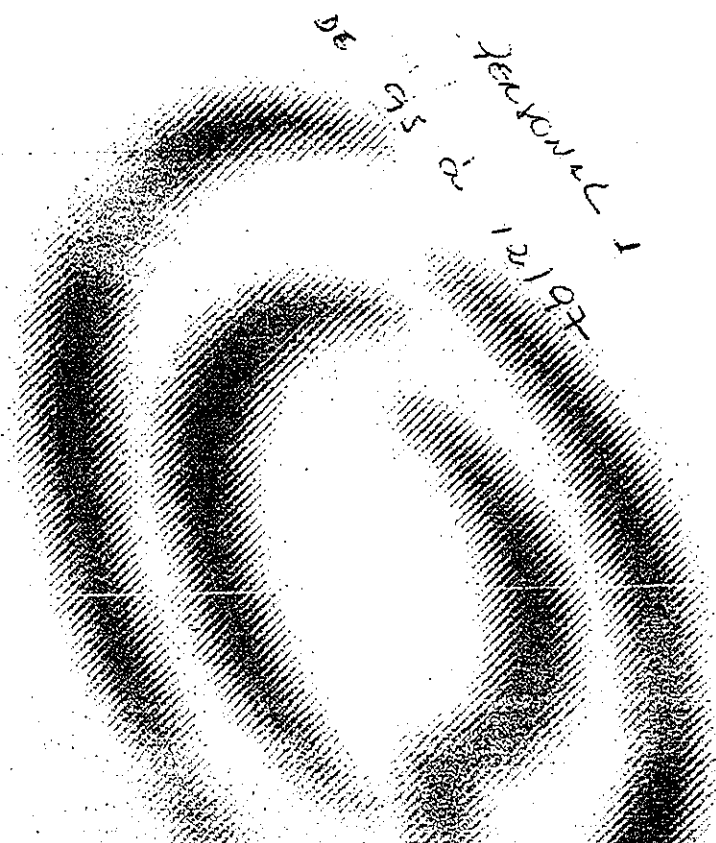
$$= 1029,89 - \text{aumento}$$

$$= 1137,25\%$$

70/30

saúde global

ORIENTAÇÕES AOS ASSOCIADOS

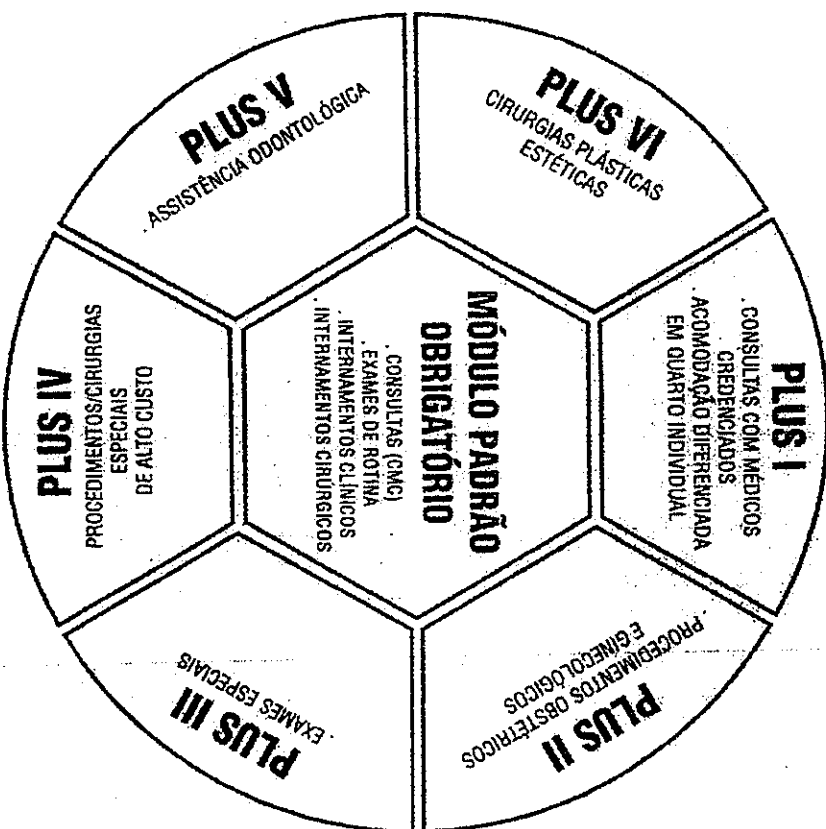


YERSONAL
DE 95 de 12/07



Clinihauer
saúde global

**REGULAMENTO E
ORIENTAÇÕES DO
PLANO PERSONAL**



saúde global

REGULAMENTO

da FisioPar, orientará sobre as sessões. A FisioPar funciona no horário das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e está situada na rua Cândido Xavier, 420, telefone 242-3091.

4 - INTERNAMENTOS

Programados

Será solicitado sempre por médicos pertencentes ao Corpo Clínico da Clinihauer, próprios ou credenciados para os beneficiários do módulo Personal Obrigatório, ou por médicos credenciados para os beneficiários da Opção Plus II. Nestes casos, a liberação será efetuada na Unidade Administrativa da Clinihauer, localizada na rua Cândido Xavier, 92 - bairro Água Verde, no horário das 8h às 12h e das 13h às 18h de segunda a sexta-feira.

Emergenciais

O beneficiário deverá contatar ou ir pessoalmente à nossa Unidade de Emergências 24 horas - Avenida Batel, 1102, bairro Batel - telefone 223-5500, que fará os devidos encaminhamentos.

5 - PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS PLÁSTICAS

Os beneficiários com direito a cobertura de procedimentos de cirurgias plásticas estéticas deverão, num prazo de até 60 dias do vencimento das carências, marcar uma consulta com um dos médicos credenciados para avaliação prévia, antes da realização e marcação dos referidos procedimentos. Para tal, o beneficiário poderá obter o corpo clínico designado para tais procedimentos com a Central de Informações ao Associado, CIA - telefone 342-3132, ou diretamente na Administração da Clinihauer com a área de Assistência ao Pessoal.

6 - ATENDIMENTOS EM OUTRAS LOCALIDADES NAS SITUAÇÕES EMERGENCIAIS

A Clinihauer possui uma rede de credenciados que inclui médicos, hospitais e clínicas especializadas em nível estadual e nacional. No Paraná, estes credenciamentos se estendem por mais de 30 cidades.

Assim, quando o beneficiário for afastar-se do seu domicílio, deve verificar junto à Clinihauer os procedimentos a serem tomados para os atendimentos de emergências quando em viagem.

Para isso, contate com a nossa Central de Informações ao Associado - CIA, pelo telefone (041) 342-3132 no horário das 8h às 12h e das 13h30min às 18h de segunda a sexta-feira.

Como utilizar seu Plano de Assistência Odontológica

1 - CONSULTAS

Consultas avaliativas e para tratamentos

Sua consulta deverá ser marcada pelo telefone (041) 242-1215 de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 20 horas, ininterruptamente.

Atendimentos emergenciais

No horário das 8h às 20 horas o beneficiário deverá dirigir-se diretamente a Oralmed, localizada na Avenida Silva Jardim, 3180. Após às 20h, finais de semana e feriados, o mesmo deve dirigir-se à Unidade de Emergências 24 horas da Clinihauer, localizada na Avenida Batel, 1102, a qual emitirá Guia de Encaminhamento para atendimento a ser prestado por serviço credenciado.

2 - CENTRAL DE INFORMAÇÕES AOS BENEFICIÁRIOS

Qualquer informação sobre assistência odontológica poderá ser obtida pelo telefone (041) 242-1215.

3 - ATENDIMENTOS FORA DE CURITIBA

Quando o beneficiário estiver fora do seu domicílio, o mesmo deve verificar junto à Clinihauer, através da Central de Informações ao Associado, Oralmed, pelo telefone (041) 242-1215, os locais e endereços de atendimento.

ENDEREÇOS E TELEFONES IMPORTANTES

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS (CMC) - Clinihauer
Tel. (041) 342-4041

CENTRAL DE INFORMAÇÕES AO ASSOCIADO (CIA) - Clinihauer
Tel. (041) 342-3132

UNIDADE ADMINISTRATIVA
Rua Cândido Xavier, 92
bairro Água Verde
Tel. Pabx (041) 342-2001

UNIDADE CLÍNICA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
Avenida Marechal Deodoro, 1452
São José dos Pinhais
Tel. (041) 282-2526

UNIDADE 24 HORAS - Batel
Avenida Batel, 1102 - Bairro Batel
Tel. (041) 342-2001

EMERGÊNCIAS Tel. (041) 223-5500

HOSPITAL CLINHAEUER
Avenida das Indústrias, 2064
Cidade Industrial de Curitiba
Tel. (041) 346-2627

FISIOPAR
Rua Cândido Xavier, 420
bairro Água Verde
Tel. (041) 242-3091

CENDILAB
Avenida Sete de Setembro, 4307
bairro Água Verde
Tel. (041) 242-2709

ORALMED
Avenida Silva Jardim, 3180
bairro Água Verde
Tel. (041) 242-1215.

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS - Oralmed
Tel. (041) 242-1215

CENTRAL DE INFORMAÇÕES AO ASSOCIADO - (CIA) - Oralmed
Tel. (041) 242-1215

Ligue e tire suas dúvidas sobre:

- Endereços de médicos, hospitais e serviços credenciados;
- Horário de atendimento das unidades Clinihauer (Fisiopar, Cendilab, São José dos Pinhais, Day Hospital e Bate!);
- Coberturas dos planos pessoa física e jurídica;
- Inclusão e exclusão de dependentes;
- 2ª via da Carteira Clinihauer;
- Emissão de 2ª via de boletos de pagamento;
- Vendas de planos de assistência médica;
- Mudança de endereços de cobrança;
- Atendimentos emergenciais em Curitiba;
- Mudança de plano;
- Atendimento emergencial em outras localidades.

Nossa História

A Organização Médica Clinihauer Ltda. iniciou suas atividades como empresa em 1970, em um bairro de Curitiba denominado Vila Hauer, donde originou-se o seu nome. Era um pequeno consultório, em um local com pouca infra-estrutura física e urbana, dos poucos a empresa foi crescendo, expandindo-se para o centro da cidade, até tornar-se a prestadora de serviços médicos moderna e de qualidade como apresentase hoje. Conta atualmente, além da sede administrativa, com unidades próprias e uma vasta rede de médicos e serviços credenciados espalhados em nossa cidade, bem como em mais de 30 cidades do Interior do Paraná. É sócia fundadora do Grupo Maxmed, o qual inclui a Maxmed Serviços, que congrega empresas de assistência médica em vários estados e a Maxmed Seguradora, que atua no ramo vida, saúde e previdência privada e que oferece aos nossos associados Seguro de Vida e Seguro de Garantia Médica Familiar. Ambas estão sediadas em São Paulo. Pertencem também ao grupo Clinihauer as recém criadas Cendilab - Centro de Diagnósticos, Fisiopar - Clínica de Fisioterapia e Reabilitação e a Oramed - Clínica Odontológica. Fosse um hospital próprio que está em vias de ampliação e que, quando concluído, será um dos mais modernos e seguros centros de atendimento da nossa cidade.

O Crescimento e a evolução Clinihauer

Dentro do propósito de prestar a melhor assistência médica no estado do Paraná, iniciamos o projeto de Franquia, em 1994. O sistema já está implantado em Londrina e tem prospekções de novos negócios para outras regiões do Estado. E pretendemos fazer muito mais, com você ajudando a escrever a história de uma empresa vencedora e que pretende ser a melhor naquilo que faz: cuidar da sua saúde!

Prestação dos Nossos Serviços

O atendimento ao associado Clinihauer é prestado através de uma rede de médicos, hospitais, serviços de diagnósticos, próprios e credenciados e clínicas especializadas. Adiante você encontrará todas as informações quanto à prestação dos nossos serviços, de acordo com o seu plano contratado.

Prezado(a) beneficiário(a)

Sentimo-nos honrados em tê-lo(a) como beneficiário(a) da Clinihauer.

Somos uma empresa de medicina de grupo, que presta assistência médica, hospitalar e odontológica através de contratos firmados com empresas e particulares.

Nosso objetivo, desde a nossa fundação em 1970, está na primazia do atendimento aos nossos beneficiários, aliado a um preço acessível a todas as camadas da população, e sempre preocupados com a constante evolução e melhoria dos serviços prestados.

Na sequência deste Manual de Orientação apresentamos informações úteis a respeito do plano contratado, assim como a forma de sua utilização.

Leia com atenção e utilize-o sempre que tiver dúvidas ou precisar dos nossos serviços.

Seja bem vindo(a).

Diretoria

pagamento das mensalidades são:
30 (trinta) dias para matricação de consultas avaliativas e atendimentos emergenciais;
90 (noventa) dias para os demais procedimentos constantes no item 5 do anexo V ao Plano Personal Módulo Padrão.

Opção Plus VI

Prevê a cobertura de procedimentos de cirurgias plásticas estéticas, os quais encontram-se definidos e especificados no Regulamento. Nesta opção o beneficiário, dependendo da modalidade contratada, observará 360 ou 720 dias de carência após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade. A aceitação por parte da Clinihauer, desta Plus VI dependerá, obrigatoriamente, de uma prévia avaliação clínica a ser realizada por médico credenciado da Clinihauer. Os procedimentos de cirurgias plásticas e estéticas previstos neste seção realizados, exclusivamente, junto ao hospital da Clinihauer e por profissionais médicos indicados especificamente para esta Plus VI.

Benefícios Especiais

Esses benefícios são garantidos aos beneficiários dependentes, como complemento ao plano de assistência médico-hospitalar contratado, quais sejam:

GMF -

Seguro Garantia Médico Familiar

Garante, em caso de morte do beneficiário titular, assistência médica e hospitalar aos dependentes inscritos, pelo prazo de cinco anos, contados a partir da data do óbito, sem qualquer ônus. Não inclui-se nesta garantia a cobertura para assistência odontológica, mesmo que contratada.

Seguro de Vida

Garante aos dependentes inscritos, pela morte natural ou acidental do titular, um valor em espécie, o qual é corrigido mensalmente pela FAJTR.

O valor em 01/04/95 é de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por morte natural e R\$ 8.000,00 (oito mil reais) por morte acidental.

Como utilizar o seu Plano de Saúde

1 - Consultas

Quando do comparecimento à consulta o usuário deverá apresentar a sua carteira Clinihauer e a carteira de identidade do paciente. No caso de dependentes menores, os pais ou responsáveis deverão apresentar a certidão de nascimento ou carteira de identidade dos mesmos, bem como a cédula de identificação da Clinihauer.

Marcadas através da Central de Marcação de Consultas - CMC

Os beneficiários do Plano Personal Módulo Padrão marcarão suas consultas através da CMC, pelo telefone (041) 342-4041 no horário das 7h30min às 19h30min, de segunda a sexta-feira, ininterruptamente. Para tanto, o beneficiário deverá informar à atendente o nome do beneficiário que fará a consulta e a especialidade médica. A atendente informará os horários disponíveis e fará o agendamento da consulta. (Não esses informações, o beneficiário dirigi-se ao endereço orientado do médico especialista.

Marcadas diretamente com os médicos credenciados

Os beneficiários que têm a opção Plus I, além de poderem marcar as consultas através da CMC, têm como recurso adicional o agendamento das consultas diretamente nos consultórios dos médicos credenciados. Para tanto, o beneficiário receberá o livreto contendo o Corpo Clínico credenciado para facilitar este procedimento.

2 - EXAMES

Se houver a necessidade de realização de exames complementares o seu médico lhe entregará a solicitação para o mesmo, em formulário próprio, devidamente preenchido. Para a realização dos exames a seguir, você sempre deverá apresentar a sua carteira de identidade e a Carteira de Identificação da Clinihauer, junto com a requisição do médico.

Exames Radiológicos

De Rotina

Com a solicitação do médico em mãos, o beneficiário deve orientar-se através do telefone 142-2001 ramal 117 no horário das 7h30 às 19h30, e informar-se dos procedimentos para a realização do exame.

De Urgência

Nos casos de urgência e/ou emergência, o beneficiário deve dirigir-se diretamente a

Unidade Emergencial 24 horas, localizada na Avenida Bolei, 1102, bairro Bolei.

Exames Laboratoriais de rotina

De posse da requisição para exames laboratoriais fornecida pelo médico, você deverá comparecer ao CENDLAB, situado na Avenida Sete de Setembro, 4307 nos seguintes horários:

Coletas - das 7h às 10h30 de segunda a sexta-feira.

Resultados - das 16h às 20h de segunda a sexta-feira.

Para orientações ou informações, você pode contatar pelo telefone 242-2709.

Exames Especiais

Esses exames podem ser realizados pelos beneficiários que possuem o opcional Plus III. Os mesmos devem ser previamente liberados pela Clinihauer em sua Unidade Administrativa localizada na rua Cândido Xavier, 92 - bairro Água Verde, no horário das 8h às 18h de segunda a sexta-feira.

3 - PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS

Com a requisição do médico em mãos e as carteiras da Clinihauer e de Identidade, o beneficiário deverá ligar ou ir pessoalmente à FISIOPAR e marcar hora para a consulta de avaliação. Após este procedimento, o atendente

CÓDIGO DOS PLANOS

CÓDIGO DOS DEPENDENTES

cód. plano	PLANOS	cód. plano	PLANOS C/PLUS 6	
08	Personal	54	Personal + Plus 1 e 6	3 FILHO
11	Personal + Plus 1	55	Pers. + Plus 1 e 2 e 6	4 FILHA
12	Personal + Plus 2	56	Pers. + Plus 1 e 3 e 6	7 OUTRO
13	Personal + Plus 3	57	Pers. + Plus 1 e 4 e 6	8 OUTRA
16	Personal + Plus 4	58	Pers. + Plus 1 e 5 e 6	9 CONJUGE
17	Personal + Plus 5	59	Pers. + Plus 1 e 2 e 3 e 6	10 TITULAR
18	Personal + Plus 1 e 2	60	Pers. + Plus 1 e 2 e 4 e 6	
19	Personal + Plus 1 e 3	61	Pers. + Plus 1 e 2 e 5 e 6	
20	Personal + Plus 1 e 4	62	Pers. + Plus 1 e 3 e 4 e 6	
21	Personal + Plus 1 e 5	63	Pers. + Plus 1 e 3 e 5 e 6	
22	Personal + Plus 2 e 3	64	Pers. + Plus 1 e 4 e 5 e 6	
23	Personal + Plus 2 e 4	65	Pers. + Plus 1 e 2 e 3 e 4 e 6	
24	Personal + Plus 2 e 5	66	Pers. + Plus 1 e 2 e 4 e 5 e 6	
25	Personal + Plus 3 e 4	67	Pers. + Plus 1 e 2 e 3 e 5 e 6	
26	Personal + Plus 3 e 5	68	Pers. + Plus 1 e 3 e 4 e 5 e 6	
27	Personal + Plus 4 e 5	69	Pers. + Plus 1 e 2 e 3 e 4 e 5 e 6	
28	Personal + Plus 1 e 2 e 3			
29	Personal + Plus 1 e 2 e 4			
30	Personal + Plus 1 e 2 e 5			
31	Personal + Plus 1 e 3 e 4			
32	Personal + Plus 1 e 3 e 5			
34	Personal + Plus 1 e 4 e 5			
37	Personal + Plus 2 e 3 e 4			
38	Personal + Plus 2 e 3 e 5			
39	Personal + Plus 2 e 4 e 5			
42	Personal + Plus 3 e 4 e 5			
43	Personal + Plus 1 e 2 e 3 e 4			
44	Personal + Plus 1 e 2 e 4 e 5			
45	Personal + Plus 1 e 2 e 3 e 5			
46	Personal + Plus 1 e 3 e 4 e 5			
60	Personal + Plus 2 e 3 e 4 e 5			
61	Pers. + Plus 1 e 2 e 3 e 4 e 5			

ORIENTADOR

0 Plano Personal

É um plano de assistência médica e hospitalar, serviços de diagnósticos, isoterapia e radioterapia, modula, onde o associado compõe o seu plano, de acordo com os seus interesses. As diversas opções oferecidas neste plano são assim compostas:

Personal - Módulo Padrão

Esta opção dá direito a consultas, realizadas através da Central de Marcação de Consultas - CMC, exames de diagnóstico e terapia, internamentos clínicos e cirúrgicos (urgenciais ou eletivos) com acomodação em quarto coletivo. Os benefícios incluídos neste módulo terão direito aos procedimentos acima, após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade, observando as seguintes condições: consultas - 30 dias

Exames de patologia clínica e radiológicos - 90 dias

Internamentos clínicos - 180 dias

Internamentos cirúrgicos - 360 dias

Opção Plus I

Este módulo dá direito a consultas marcadas diretamente com os médicos credenciados e acomodação, nos casos de internamentos clínicos e cirúrgicos, em quarto individual com direito a acompanhante.

Neste opcional o beneficiário deve observar as seguintes condições, consideradas após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade:

consultas com médicos credenciados - 90 dias
acomodação diferenciada em apartamento - 360 dias
internamento clínico - 180 dias

Opção Plus II

Nesta opção o beneficiário tem direito a utilizar procedimentos obstétricos e ginecológicos, em nível de tratamentos e cirurgias.

Observar as seguintes condições, após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade:

90 dias para ecografias pélvica, transvaginal e manual, ultrassom e laparoscopia diagnóstica.
300 dias para partos normais, cirurgias obstétricas e Uti neonatal;
360 dias para procedimentos cirúrgicos ginecológicos.

Opção Plus III

Este opcional dá direito ao beneficiário a realizar exames especiais como ressonância magnética, medicina nuclear, laringoscopia com laser, eletrocardiografia dinâmica, tomografia computadorizada em geral, artroscopia diagnóstica, radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia e outros. Neste módulo, observar o período de carência de 300 (trezentos) dias após o vencimento e pagamento da primeira mensalidade.

Opção Plus IV

Esta opção prevê a cobertura de procedimentos de alto custo como cirurgia cardíaca, cireangioplastia, litotripsia, hemodiálise, arteriografia seletiva e outros. Neste módulo o beneficiário deve observar, após o vencimento e o pagamento da primeira mensalidade, a carência de 360 dias.

Opção Plus V

Prevê cobertura para assistência odontológica, para assistência básica de serviços nesta área, através de consultórios próprios e clínicas credenciadas. Os atendimentos odontológicos não cobertos pela Unimed, serão prestados por esta, tomando-se por base tabela de serviços próprios, cujo valor médio cobrado tem-se apresentado abaixo do mercado.

Nesta opção as condições a serem observadas, após o primeiro vencimento e pagamento

b. O beneficiário titular e/ou dependentes poderão solicitar a exclusão do módulo(s) ampliativo(s) PLUS, após o cumprimento mínimo de 24 (vinte e quatro) meses no referido módulo.

3.3 A cobertura do Plano PERSONAL OBRIGATORIO, compreende consultas médicas marcadas através da CMC - Central de Marcação de Consultas da Clinihauer, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínicas e cirúrgicas, exceto as relacionadas a obstetrícia e ginecologia e as constantes do Plus IV, anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar Obrigatório, dentro da rede própria ou credenciada pela Clinihauer, de acordo com o exposto na Cláusula VI - serviços contratados, do presente regulamento.

CLÁUSULA IV

beneficiários

4.1 São considerados beneficiários para os efeitos deste regulamento, o beneficiário titular, também denominado contatante, assim como os a seguir relacionados, considerados beneficiários dependentes, devidamente inscritos na proposta de adesão, quais sejam:

- a. cônjuge;
- b. filhos adotivos, enteados e tutelados solteiros, menores de 18 anos, se do sexo masculino e de 21 anos, se do sexo feminino;
- c. a companheira ou companheiro;
- d. filhos menores de 18 anos e filhas menores de 21 anos, solteiros.

4.2 O dependente que não for incluído na mesma época que o titular, submeter-se-á integralmente, às condições previstas na Cláusula VIII.

4.3 A inclusão do recém-nascido, desde que a mãe ou o pai estejam incluídos no plano, deverá ser realizada até o prazo

máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, para que não permaneça sujeito a condições para o atendimento. Uma vez decorrido este prazo haverá carência estipulada na cláusula VIII.

4.4 Caso o(a) beneficiário(a) (mãe ou pai) ainda se encontre cumprindo carências, o recém-nascido referido neste item, observará o período restante, até sua integralização.

4.5 Caso o recém-nascido venha a necessitar de atendimentos médicos hospitalares, antes do tempo referido na Cláusula IV item 4.3, o titular deverá cadastrar o recém-nascido num prazo máximo de 24 horas.

4.6 No caso de falecimento do beneficiário titular, quando o mesmo não se enquadrar na disposto na Cláusula XIX item 19.1, um beneficiário maior assumirá a condição de beneficiário titular, responsável pelo cumprimento das obrigações constantes do presente regulamento, ficando-se o mesmo inalterado.

4.7 O direito dos beneficiários dependentes é acessório ao do titular de forma que, extinta a relação entre este e a Clinihauer extingue-se também, automaticamente, o direito daqueles, qualquer que seja o tempo de inclusão, cessando o disposto no item 4.5 desta Cláusula ou item 19.1 da Cláusula XIX

CLÁUSULA V

atendimento

5.1 O beneficiário será atendido nas unidades clínicas próprias ou em consultórios de especialistas credenciados, para as especialidades constantes deste plano (PERSONAL OBRIGATORIO) marcadas através da Central de Marcação de Consultas - CMC.

5.1.1 Para o atendimento deverá ser apresentada a carteira de associado Clinihauer e documento de identificação, juntamente com o comprovante de

atendimento, devendo este estar atualizado com referência ao mês e ano em curso.

Os atendimentos em consultórios de especialistas credenciados, não constantes do plano, - Central de Marcação de Consultas, só serão prestados mediante a apresentação de guia de encaminhamento, cuja aquisição de médico do corpo clínico ou credenciado da Clinihauer, previamente autorizada por este, e encaminhada de carteira de identificação do beneficiário/paciente.

CLÁUSULA VI

serviços contratados

6.1 Consultas e tratamentos médicos

6.1.1 Consultas nas seguintes especialidades:
Alergia, Angiologia, Cardiologia, Cardiologia Infantil, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Exame Pré-natal, Gastroenterologia, Gastroenterologia Infantil, Ginecologia, Hematologia, Infectologia, Neurologia Infantil, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia do Câncer Ginecológico, Proctologia, Radiologia, Traumatismo-Ortopedia, Urologia e Vascular Periférica.

6.1.2 Cirurgias nas seguintes especialidades:
Cirurgia Geral, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Radiologia, Traumatismo-Ortopedia, Urologia e Vascular Periférica.

6.1.3 Exames em Clínica Médica e Radiológica.

6.2 Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

6.2.1 Exame análogo patológico pré-operatório, de prova patológica, de prova citológica convencional, líquida e líquida aspirativa, exame

citopatológico oncológico de líquidos, esfregaço vaginal oncológico e micoscopia, hormonal sedado, revisão de lâmina coloração especial, cópias de lâmina, exame análogo-patológico de papa radical, imunoperoxidase.

6.2.2 Exames de diagnóstico em oftalmologia: angiografia fluoresceinográfica, campimetria simples e computadorizada, exame de mobilidade ocular, fundoscopia, mapeamento de retina, oftalmocriomaneia, potencial ocular evocado, retinografia, tonometria de applanation, tonografia.

6.2.3 Exames de diagnóstico em otorrinolaringologia: audiometrias tonal limiar com testes de discriminação, tonal limiar fibral condicionada, vocal com pesquisa de discriminação e inteligibilidade, impedanciometria, oftalmometria e testes vestibulares.

6.2.4 Endoscopia diagnóstica: colonoscopia, endoscopia digestiva alta, laparoscopia diagnóstica (excetuadas as ginecológicas) e retossigmoidoscopia.

6.2.5 Endoscopia per-oral, laringoscopia direta, laringoscopia e broncoscopia diagnóstica para retirada de corpo estranho e biópsia transbronquial.

6.2.6 Exames de diagnóstico em cardiologia: eletrocardiografia de repouso, teste ergométrico, ecocardiografia uni ou bidimensional, ecocardiografia com doppler.

6.2.7 Cistografia de ilicéide.

6.2.8 Diagnóstico em urologia: cistometria e cistoscopia.

6.2.9 Ecografia abdominal, tireóide e pélvica (excetuadas as ginecológicas e obstétricas).

6.2.10 Eletroencefalograma em vigília, com foto estímulo e em sono e vigília e eletromiografia

Plano de Assistência Médico-Hospitalar

PERSONAL PESSOA FÍSICA

Regulamento Módulo Personal (Obrigatório)

O Projeto de Assistência Médico-Hospitalar Personal - pessoa física, implantado pela Organização Médica Clinihauer Ltda., doravante denominada simplesmente de Clinihauer, pessoa jurídica de direito privado, com sede e foro na cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, inscrita no CNPJ nº 07.76.441.041/0001-52, registrada, nas dependências da Lei número 6839/80, no Conselho Municipal de Medicina do Estado do Paraná, sob o nº 150 e no Conselho de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Curitiba, sob o número 175.90.032, passa a reger-se pelas disposições constantes do presente Regulamento.

CLÁUSULA I

Objeto

1.1.1. Clinihauer prestará os serviços de assistência médico-hospitalar a seus beneficiários (titular e dependentes), de acordo com o plano contratado, descrito neste Regulamento, através de meios de execução próprios ou contratando, mediante credenciamento, terceiros físicas e legalmente habilitadas para tanto, se obrigando a prestar ou permitir que estes serviços sejam prestados, na cidade de Curitiba - PR, mediante pagamento por parte do beneficiário titular de taxa de inscrição e manutenção conforme especificado na cláusula XIII.

CLÁUSULA II

Natureza jurídica deste regulamento

2.1. O presente Regulamento para Prestação de Serviços de Medicina de Grupo, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 1092 e 1093 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 1118 a 1121 do mesmo Código, assumindo, o beneficiário titular, o risco de não vir a existir a prestação dos referidos serviços pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da Clinihauer em prestá-los.

CLÁUSULA III

Cobertura

3.1. Os beneficiários terão direito, cumpridas as condições fixadas, à cobertura no módulo PERSONAL OBRIGATORIO, previstas nas cláusulas e fls. deste Regulamento, podendo o beneficiário titular optar para si e/ou seus dependentes pela cobertura prevista nos módulos ampliativos, denominados de PLUS, sujeitando-se no entanto, às cláusulas e condições específicas de cada uma das opções.

3.2. As referidas opções pelos módulos ampliativos, PLUS, estabelecidos individualmente por beneficiário (titular e dependentes) somente poderão ser feitas no ato da proposta de inscrição.

a. Caso o beneficiário titular e/ou dependente(s) optar pelo(s) módulo(s) ampliativo(s) - PLUS, após sua inscrição no Plano de Assistência Médico-Hospitalar PERSONAL OBRIGATORIO, o mesmo poderá fazê-lo; devendo, porém, efetuar um novo plano, com o consequente pagamento da taxa de inscrição e o cumprimento de todas as condições, como se um novo plano fosse adquirido.

3) Vacinas em geral, bem como fornecimento de medicação a beneficiários não internados; visitas médicas domiciliares, enfermagem em caráter particular, em residência ou não, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências; fornecimento de ateliados e laudos de avaliação de saúde para quaisquer outros fins, que não o de afastamento do trabalho;

4) Psicoterapia, fonoaia, logopedia, hidroterapia, psicanálise, fonaudiologia, psicodiagnóstico, somatapia e reeducação motora, homeopatia, ortoptica e outros tratamentos de educação e recuperação especializados semelhantes;

5) Intoxicação por antipicacanos e elisismo; tratamento de lesões provocadas por esportes de alto risco; tratamentos a acidentados do trabalho; tratamento a portadores de moléstia profissionais; patologia clínica ocupacional, bem como de enfermidades decorrentes de atos ilícitos, de tentativa de suicídio, quaisquer atendimentos de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias ou qualquer outra causa que alinha praticamente a população, inclusive decorrentes de radiações e/ou emanções nucleares e ionizantes;

6) Mastoplastia redutora, cirurgia plástica embelezadora e tratamento clínico com finalidade estética; tratamento escaroso de microrrizas e salerocantia com finalidade estética; cirurgias plásticas sem repercussões funcionais orgânicas;

h. Tratamento e internações hospitalares de pacientes portadores de moléstia infecto-contagiosa de notificação compulsória, fisiologia, bem como da síndrome da insuficiência imunológica adquirida (AIDS) e exames laboratoriais para diagnosticar AIDS;

i. Neurocirurgia, neuro-radiologia, radiologia intervencionista, citemiocardioradiologia,

1. Hipofiseotomia seletiva transesfenoidal, com auxílio de microscópio cirúrgico, microcirurgia vascular intracraniana, microcirurgia de tumores cerebrais, microcirurgia vascular, hemodinâmica, dilatação percutânea, tratamento com laser e com radiofótons de lesões vasculares obstrutivas;

2. Tomografia computadorizada (exceto as constantes na letra "o", item 6.2, Cláusula VI), medicina nuclear (exceto as constantes na letra "g", item 6.2, Cláusula VI), emprego de aparelhagem, exames especiais, ou de métodos e processos de diagnóstico e terapia desenhados e utilizados após a data deste contrato, inclusive litotripsia ultrassônica e ressonância magnética, magnetografia, ultracardiografia dinâmica (Sistema Holter), ecografias em geral (com exceção das constantes na letra "i", item 6.2, Cláusula VI) e cirurgia vídeo-laparoscópica;

3. Tratamento clínico ou cirúrgico não ético e tratamentos experimentais, assim como medicamentos não aprovados pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFAMF);

4. Intencionalidade obstétrica de menor dependente; tratamento em unidade de terapia intensiva neonatal e para prematuros;

5. Prótese dentária, endodontia, ortodontia, raios-x e outros procedimentos odontológicos, (com exceção do constante no item 6.6 da cláusula VII, tratamento dentário, mesmo os oriundos de acidentes;

6) Esterilização tubária (laqueadura) e vasectomia; tratamento de esterilidade, deossostomia e plástica (implante) tubária; tratamento clínico e cirúrgico de fertilidade, infertilidade e impotência e suas consequências bem como meios para seu diagnóstico, além dos procedimentos e cirurgias dos anexos Plus II e IV ao regulamento do plano de Assistência Médico-Hospitalar Móvel Personalizado - Pessoa Física;

7) Transplantes, implantes e reimplantes de órgãos; tratamento cirúrgico para correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo; correção cirúrgica de anomalias congênitas; faceliftomia com implante de lentes intra-oculares;

8) Assistência a portadores de atepões que no período de 1 (um) ano, após 60 (sessenta) dias seguidos ou 90 (noventa) dias intercalados, de tratamento sob regime de internação, não estiverem em condições de alta hospitalar, respondendo-se os limites do parágrafo 2º da Cláusula VI;

9) Lesões anafísicas, doenças ou enfermidades e deficiências físicas existentes antes deste regulamento, bem como suas consequências, as quais poderão, a critério da Clinthauer, serem liberadas após o cumprimento de 24 (vinte e quatro) meses de carência, e sempre suportada por perícia médica a ser realizada pelo corpo clínico interno da Clinthauer;

10) A Clinthauer não atenderá pedidos de exames, encaminhamentos para internações hospitalares ou indicações feitas por médicos estranhos ao seu corpo clínico.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Nos casos de extrema urgência, com risco de vida iminente, a Clinthauer estará autorizada a dar atendimento mesmo nos casos especificados na Cláusula VII, ficando sob a responsabilidade do beneficiário titular as despesas decorrentes destes atendimentos, calculados pela tabela de preços praticada pela entidade prestadora dos serviços, acrescido de taxa de administração de 10% (dez por cento).

PARÁGRAFO SEGUNDO: O atendimento de casos que se enquadrarem no disposto na Cláusula VII poderá ser efetuado pela Clinthauer, sempre que possível, mediante prévia autorização do beneficiário titular e com sua responsabilidade financeira, e serão cobrados de acordo com a tabela praticada pela entidade prestadora dos serviços, acrescido de taxa de administração de 10% (dez por cento).

PARÁGRAFO TERCEIRO: Para fins deste Módulo Personalizado obrigatório considerase como sendo:

1. Cirurgia plástica reparadora, não somente a eleuada quando necessária à restauração das funções de algum órgão ou membro em decorrência de acidente pessoal ocorrido na vigência deste regulamento;
2. Acidente pessoal é o evento súbito, externo e involuntário, não delimitado pela legislação em vigor como acidente do trabalho, causado de lesão física, exceto os casos dentários, e os sintomas de qualquer modalidade;
3. Casos de urgência clínica/cirúrgica, aqueles que exigirem a internação hospitalar de urgência por risco de vida iminente ou sofrimento agudo, e que não possam ser tratados na residência;
4. Doença crônica, é um estado patológico caracterizado por curso prolongado, tratável mas dificilmente curável e de prognóstico incerto;
5. Doenças pré-existentes, aquelas cujos sinais ou sintomas manifestaram-se antes da assinatura deste regulamento;

l. Exames radiológicos convencionais.
m. Patologia clínica: bioquímica, esperma, larvas, hematologia, hormônios, imunologia, microbiologia e urina, no laboratório CENDILAB ou indicados pela Clinihauer.

n. Testes alérgicos para inalantes e alimentos.
o. Tomografia computadorizada cerebral e da coluna vertebral.

p. Fisioterapia e fisioterapia laser na FISIOPAR ou em serviços indicados pela Clinihauer.

q. Gasometria e inalação em serviços próprios.

r. Transfusão de sangue.

8.3 Pronto-Socorro

Atendimento de urgência, a qualquer hora do dia ou da noite, na Unidade de Emergência 24 horas da Clinihauer.

6.4 Medicina Preventiva

Serviços de Puericultura, excluindo vacinação.

6.5 Remoções em ambulância

Remoções em ambulância própria, no pavimento urbano de Curitiba, com cobrança para cada remoção, observando-se que o valor, a ser pago no ato, é de 50% (cinquenta por cento) da tabela cobrada a particulares, pela Clinihauer.

6.6 Odontologia

Serviços odontológicos, compreendendo a consulta de urgência para supressão da dor. A orientação para o devido encaminhamento deverá ser obtida na Unidade de Emergência 24 horas da Clinihauer.

6.7 Psiquiatria

Consultas em regime ambulatorial para orientação, limitada em três consultas/periodo de 12 (doze) meses, por beneficiário.

6.8 Psicologia

Consultas em regime ambulatorial para orientação, limitada em três consultas/periodo de 12 (doze) meses, por beneficiário.

6.9 Hospitalização

Assistência clínica ou cirúrgica, dos serviços constantes no item 6.1 e o disposto na Cláusula VI.

a. Internação em quarto coletivo, liberado a critério exclusivo da Clinihauer, em hospital desta ou integrante de sua rede de atendimentos.

b. Médicos, clínicos e/ou cirúrgicos e seus assistentes, integrantes da equipe de profissionais da Clinihauer ou por este exclusivamente indicados.

c. Sala de cirurgia e de recuperação pós-anestésica, excluindo-se as relacionadas à ginecologia e obstetrícia.

d. Canto de tratamento intensivo, em hospitais credenciados pela Clinihauer observando o limite disposto na Cláusula VI parágrafo 2º, com exceção da III real que é excluída neste módulo.

e. Medicamentos e materiais cirúrgicos, oxigenoterapia e fisioterapia, durante a internação.

f. Exames complementares e terapia, durante a internação, de acordo com o constante no item 6.2 desta Cláusula VI.

g. O atendimento a internações para tratamento clínico, cirúrgico e a acidentes pessoais deverá observar as condições constantes da Cláusula VIII e os limites previstos no parágrafo segundo

da Cláusula VI, exceto os casos de Acidente de Trabalho, que deverão ser encaminhados aos hospitais credenciados pelo setor de Acidentes do Instituto da Previdência Social.

h. Sempre que procurados os seus serviços, a Clinihauer - PR dará todo atendimento a beneficiários acidentados no trânsito, observados os limites previstos no parágrafo segundo desta Cláusula, ficando desde já autorizada a pleitear o ressarcimento de despesas médico-hospitalares com hospitais seguradoras responsáveis, conforme disposto na Legislação de Seguro Obrigatório (Lei nº 17) e exercer os direitos e ações conflitantes com a Cláusula XVII.

i. O beneficiário titular optará por internações diferentes das previstas no plano, sendo responsável, perante o hospital, pelo pagamento da diferença correspondente, assim como pela complementação dos honorários devidos aos médicos e atendentes.

j. Os casos de internamento emergencial serão realizados após exame pericial hospitalar por médico credenciado pela Clinihauer.

k. Em se tratando de cirurgia eletiva, o beneficiário deverá passar por pericia prévia realizada por médico pelo indicado pela Clinihauer.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O atendimento dos casos não previstos nesta Cláusula VI poderá ser efetuado pela Clinihauer, sempre que possível, mediante prévia autorização do beneficiário titular e com sua responsabilidade financeira, e serão pagados de acordo com a tabela publicada pela entidade prestadora dos serviços, acrescidos de taxa de administração de 10% (dez) por cento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para a assistência clínica ou cirúrgica dos serviços constantes no item 6.9, será observado o limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por beneficiário inscrito por

período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, limite este que tem como base a data de 1º de abril de 1995, sendo que a correção deste valor observará os mesmos critérios estabelecidos na Cláusula XIV - reajustes.

Tomar-se-á por base do valor constante deste parágrafo segundo, em uma vez a tabela da Associação Médica Brasileira, AMB, adotada pela Clinihauer, para o pagamento de honorários médicos e procedimentos decorrentes de internações. As despesas hospitalares, de acordo com a tabela da Associação dos Hospitais do Estado do Paraná (AHOPAR), e as despesas com materiais e medicamentos, de acordo com a tabela do Brasilmed.

CLÁUSULA VII

Serviços excluídos do regulamento Este regulamento não inclui

a. Gastos extraordinários efetuados pelo beneficiário ou seu acompanhante durante o período de internamento;

b. Tratamentos que visem à reabilitação, bem como tratamento ou internamento de excepcionais; tratamento geriátrico e internações sociais de geriatria; tratamento psiquiátrico de doenças mentais de qualquer natureza, inclusive internações, tratamento hospitalar de portadores de moléstias crônicas incuráveis ou em fase terminal, salvo nos casos de agudização;

xc. Fortecimento de ossos, lentes de contato, aparelhos de surdez, implantes de lentes, válvulas e marca-passos cardíacos, aparelhos ortopédicos em geral, aparelhos estéticos ou para substituição de unção, bem como próteses e órteses de qualquer natureza, expansores de lentes e materiais para implante de osteossíntese;

1. Cirurgias eletivas ou programadas, todas aquelas que não se enquadraram nesta cláusula, parágrafo terceiro, letra "c".

CLÁUSULA VIII

início do direito da utilização dos benefícios e seus limites

8.1 Os benefícios advindos do presente módulo PERSONAL OBRIGATÓRIO serão contados a partir do pagamento da primeira taxa de manutenção e serão prestados respeitando-se os períodos de carência, a seguir discriminados:

- a. Acidentes pessoais, de tratamento ambulatorial 24 (vinte e quatro) horas após o vencimento e o consequente pagamento da taxa de manutenção;
- b. 30 (trinta) dias para consultas, marcadas através da Central de Marcação de Consultas, CMC, e 90 (noventa) dias para consultas através da rede credenciada, conforme previsto no item 5.1.2 da Cláusula V;
- c. 90 (noventa) dias para exames de patologia clínica, exames de diagnóstico, inclusive exames radiológicos, radioterapia, fisioterapia, ecografias abdominais, de bexiga e pélvica (excluída ginecológica e obstétrica) e laparoscopia diagnóstica;
- d. 180 (cento e oitenta) dias para hospitalização de casos clínicos (adultos e pediátricos), tomografia cerebral e da coluna vertebral, endoscopia diagnóstica, cistilografia da bexiga;
- e. 360 (trezentos e sessenta) dias para hospitalização de casos cirúrgicos eletivos ou emergenciais.

8.2 No caso de ampliação da cobertura através dos módulos opcionais PLUS, os beneficiários observarão as carências especificadas nos referidos módulos.

8.3 As internações hospitalares observarão ao limite estabelecido no parágrafo 2º da Cláusula VI para os casos clínicos e/ou cirúrgicos, por

beneficiário, por período de 365 dias, a contar da data de assinatura do termo de inscrição ou da inclusão de cada beneficiário.

8.4 O beneficiário poderá realizar os exames complementares de diagnóstico e tratamento mediante o pagamento correspondente aos valores fixados na tabela de honorários médicos praticada pela Clinihauer, durante o período de carência, inclusive os que não constarem como incluídos ou excluídos neste regulamento do módulo PERSONAL OBRIGATÓRIO, acrescido da taxa de administração de 10% (dez por cento).

8.5 A Clinihauer não será responsável pelo pagamento de nenhum tipo de despesa decorrente de procedimentos não previstos neste regulamento e seus módulos opcionais - PLUS contratados, bem como por aqueles originados por patologias não seguidas. Fica também entendido que quando da realização de procedimentos não assegurados, ou em período de carências, estão excluídos da responsabilidade da Clinihauer os atos decorrentes de serviços e internações hospitalares, honorários de outros profissionais médicos, exames complementares, bem como todas as demais despesas.

CLÁUSULA IX

clínica de atendimento

9.1 A Clinihauer colocará à disposição do beneficiário titular e de seus dependentes, para prestação dos serviços ora

contratados, as unidades próprias, consultórios e clínicas credenciadas, laboratórios e hospitais constantes das relações a serem fornecidas.

9.2 A Clinihauer poderá promover a inclusão, exclusão ou substituição de especialistas, obrigando-se, periodicamente, entregando a participação ao beneficiário titular o nome dos que haja designado, substituído e dos novos credenciados.

a. Consultas, tratamento, exames e hospitalizações de qualquer natureza realizados por médicos ou outros que não os do corpo clínico ou credenciado da Clinihauer correrão por conta exclusiva do beneficiário.

9.3 A Clinihauer poderá proceder à exclusão e substituição de um ou de todos os hospitais e serviços credenciados, indicando na oportunidade, o nome daquele que venha a credenciar.

a. As internações e a escolha do hospital ficam a exclusivo critério da Clinihauer, cuja direção emitirá a guia de internação, levando em consideração a indicação do médico assistente.

a.1 Os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica, a critério exclusivo do corpo clínico da Clinihauer.

a.2 Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passará a correr por sua conta as despesas globais da internação.

9.4 Estão excluídos dos serviços em hospitais a alimentação de acompanhantes; dieta não recomendada pelo médico; decorações; rádio; aparelho de televisão; telefone e despesas de telefone.

9.5 A utilização dos serviços, pelos beneficiários, far-se-á mediante guia de encaminhamento emitida pela Clinihauer.

a. Os atendimentos especializados, os exames e tratamentos médicos complementares especiais, e as internações em geral, somente poderão ser providos através de guia expedida por médicos do corpo clínico interno ou credenciados pela Clinihauer.

b. A Clinihauer definirá as normas administrativas relativas à emissão da documentação necessária à internação hospitalar, especificando as

procedimentos indispensáveis por parte do beneficiário e do médico.

c. A internação hospitalar será autorizada por um período equivalente à média de dias necessários ao tratamento de casos idênticos. A priorização de internação será concedida pela Clinihauer, mediante solicitação do médico assistente, justificadas as razões do pedido.

d. As internações eletivas ou programadas somente serão cobertas pela Clinihauer, quando autorizadas previamente.

e. Em hipótese de emergência, também somente a critério da Clinihauer, poderá o atendimento ser feito sem a guia de encaminhamento, comprometendo-se, o beneficiário titular, no primeiro dia útil após a utilização do serviço, providenciá-la e entregá-la ao médico ou estabelecimento que procedeu ao atendimento.

f. Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no Cadastro da Clinihauer e da apresentação da Carteira de identificação do beneficiário, acompanhados de Documentos de identificação oficial e comprovante de pagamento atualizado.

9.6 A Clinihauer se obriga a dar completa assistência e orientação ao beneficiário titular para correta utilização dos serviços contratados.

CLÁUSULA X

aceitação dos contratantes -

beneficiários

10.1 Para se beneficiar e ter acesso ao Plano de Assistência Médico-hospitalar de que trata este regulamento, o interessado deverá submeter à apreciação da Clinihauer uma Proposta de Adesão, demonstrando preencher as seguintes condições:

a. Que ele e seus dependentes, a serem incluídos como beneficiários, não sejam portadores de doenças crônicas incuráveis e/ou pré-existentes à sua inclusão no citado plano.

b. Que é capaz de assumir, direta ou indiretamente, os compromissos financeiros que lhe são impostos por este regulamento, por si ou por seu representante legal.

10.2 A Clinihauer, a seu critério, poderá exigir do beneficiário titular e seus dependentes declarações de que se encontram em condições de saúde ou submetê-los ao exame prévio por médico indicado pela Clinihauer.

10.3 Ao beneficiário titular e dependentes com idade superior a 60 (sessenta) anos, a critério da Clinihauer, poderá ser exigido um exame pré-admissional, executado por médico pertencente ao corpo clínico. O exame médico pré-admissional e exames complementares de diagnóstico e tratamento serão realizados mediante o pagamento à vista correspondente aos valores fixados na tabela praticada pela Clinihauer.

10.4 Somente os candidatos descritos no item anterior (10.3), aprovados nos exames médicos pré-admissionais realizados pela Clinihauer, serão admitidos como tais.

CLÁUSULA XI

perda dos direitos

11.1 A Clinihauer não pagará qualquer indenização e releté as mensalidades, ocorrendo:

a. Inexistência ou omissão nas declarações prestadas pelo beneficiário titular ou pelos dependentes;

b. Utilização indevida da carteira de identificação de beneficiário Clinihauer;

c. Culpa grave ou dolo do beneficiário titular ou dos dependentes na provocação do acidente pessoal ou exclusão das moléstias que deram origem ao atendimento;

d. Inobservância das obrigações convencionadas neste regulamento.

CLÁUSULA XII

contrato

12.1 A inscrição no plano contratado vigorará pelo prazo de 16 (dezesseis) meses, prorrogando-se posteriormente por prazo indeterminado, podendo, a partir daí, ser rescindido por qualquer das partes, mediante aviso, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, caso em que as partes ficarão desobrigadas de quaisquer ônus, exceto os que resultarem das obrigações contratuais já cumpridas.

12.2 O beneficiário titular reconhece que os valores das taxas de manutenção vencidas e não pagas, constituem dívidas líquidas e certas, podendo a Clinihauer proceder a sua cobrança executiva.

12.3 Fica a Clinihauer autorizada a considerar rescindido o contrato, independente de aviso prévio, sem prejuízo dos créditos em dívida pendentes, quando ocorrer atraso de 60 (sessenta) dias na quitação de qualquer taxa de manutenção.

12.4 O tempo de permanência de cada beneficiário neste plano será de 18 (dezoito) meses, salvo mudança de domicílio, devidamente comprovada, para outras localidades não abrangidas pelo convênio, cessando, em consequência, seus direitos e dos seus dependentes.

12.5 O atraso no pagamento de qualquer mensalidade, por período superior a 30 (trinta) dias, implicará na suspensão dos atendimentos.

12.6 O beneficiário titular e seus dependentes estarão sujeitos a um período de carências para todos os atendimentos correspondentes a dois dias para cada dia de atraso após o estabelecido no item 12.3 e 12.5. Cláusula XII, independente das carências constantes na Cláusula VIII, item 8.1 e 8.2.

12.7 A rescisão do contrato ocorrerá independentemente de qualquer medida judicial ou extra-judicial, nos seguintes casos:

a. Se o beneficiário titular e/ou seus dependentes dificultarem qualquer exame ou diligência necessários à ressaia do direito de Clinihauer, nas questões pertinentes ao regulamento;

b. Por decisão da Clinihauer com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo, na hipótese de encerramento de plano ou variações de cobertura, ou ainda, para manter a estrutura da clientela, de acordo com as recomendações técnicas, a seu critério, respeitando o prazo mínimo de 18 (dezoito) meses de vigência do regulamento.

CLÁUSULA XIII

pagamento

13.1 O beneficiário titular obriga-se a pagar à Clinihauer, por si e por seus dependentes, descritos neste regulamento, os valores relacionados na proposta de adesão para:

a. Taxa de inscrição;

b. Taxa de manutenção, sempre de acordo com o valor fixado para a faixa etária em que se encontrar o beneficiário na época do respectivo vencimento.

13.2 O beneficiário titular e os beneficiários dependentes que mudarem de faixa etária terão sua mensalidade automaticamente reajustada a partir do mês de seu aniversário, de acordo com a tabela das mensalidades em vigor na ocasião.

13.3 As faixas etárias que se trata este regulamento são:

a. 0 - 20 anos;

b. 21 - 40 anos;

c. 41 - 59 anos;

d. mais de 60 anos.

13.4 O valor original das taxas de manutenção constam da proposta de adesão, cujas taxas de manutenção serão pagas pelo sistema de carne ou por aviso bancário a critério da Clinihauer em sua sede ou na rede bancária credenciada, nos vencimentos assinalados em cada folha de prestação de carne, vencimento este constante na proposta de adesão.

13.5 Cabe ao segurado sanções em caso de atraso:

a. As taxas de manutenção não pagas no vencimento serão reajustadas pela TR (Taxa Referencial) ou por outro índice oficial que venha substituí-la, aplicável no período entre o dia do vencimento e do pagamento acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, ambos calculados sobre o valor reajustado.

b. O beneficiário em atraso no pagamento das taxas de manutenção terá seu atendimento suspenso de acordo com o estabelecido na Cláusula XII, item 12.5.

c. Rescisão do contrato para atrasos iguais ou superiores a 60 (sessenta) dias sem que o beneficiário titular e seus dependentes tenham direito a qualquer indenização observando-se o disposto na Cláusula XII, nos itens 12.1, 12.2 e 12.3.

CLÁUSULA XIV

reajustes

14.1 Os valores relacionados na proposta de adesão são fixados com base em cálculo atuarial e atualizados segundo a relação existente entre os preços do setor e a utilização média dos serviços contratados.

14.2 As mensalidades e inscrições constantes da proposta de adesão serão corrigidas anualmente com uma periodicidade mínima, consistente da legislação vigente, de acordo com o IGP-DI (Índice Geral de Preços da FGV - Fundação Getúlio Vargas) ou, no caso de extinção do mesmo, por outro índice determinado pelo Governo Federal.

comprovação de dependência e identificação da ocorrência, conforme item "a" desta Cláusula, além da apresentação e devolução quitação da taxa de inscrição e manutenção correspondente ao plano contratado.

d. Os beneficiários dependentes que não apresentarem os documentos na forma do item anterior ficam impedidos de gozar dos benefícios de Extensão Assistencial, ainda que tivessem direito aos serviços deste Regulamento, quando vivo o usuário titular.

19.2. Seguro por morte acidental ou morte natural

Aos usuários titulares inscritos, desde que em perfeito estado de saúde quando da inscrição, será assegurada cobertura por sua morte natural ou acidental, obedecendo as seguintes condições:

a. Pagamento em dia das mensalidades;

b. Cateira de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação de sua inscrição;

c. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido inscritos no plano deverão contatar a administração da Clinihauer verificando os documentos necessários para o recebimento do seguro;

d. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista no item 19.2 desta Cláusula, enquanto perdurar;

e. O atraso superior a 60 (sessenta) dias no pagamento das mensalidades implicará no cancelamento da cobertura prevista na Cláusula 19.2;

1. O valor do seguro estabelecido é de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para morte natural e de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) para morte acidental;

g. Os valores segurados e fixados no item "f".

desta cláusula, serão corrigidos a partir do abril de 1995 segundo a variação da TR (Taxa de Referência) ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador;

h. O presente seguro será coberto pela Maxmed Seguradora S/A, com sede na cidade de São Paulo - SP, obedecendo as normas de aplicação geral pactuadas entre a Útilita e a primeira.

PARÁGRAFO ÚNICO: Será aceito para os benefícios especiais constantes desta Cláusula, o beneficiário titular que, na sua data da contratação do plano de Assistência Médico-hospitalar de que se trata o presente Regulamento, tenha como idade máxima 60 (sessenta) anos e 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias até a data da contratação do citado plano.

CLÁUSULA XX

disposições finais

20.1. Nesse regulamento não estão previstas as adequações da Resolução 1401/93 do CFM.

20.2. Qualquer tipo de consulta, inclusive especializada, tratamento, exames complementares e internações realizadas por médicos, serviços e hospitais não pertencentes à rede assistencial da Clinihauer será de exclusiva responsabilidade do beneficiário.

a. Na hipótese de que trata o item supra, desta Cláusula, fica igualmente alçada a possibilidade de reembolso, total ou parcial das despesas efetuadas, uma vez que a Clinihauer dispõe das condições indispensáveis ao pleno atendimento dos serviços contratados.

20.3. A Clinihauer não se responsabilizará por quaisquer procedimentos dos beneficiários que contrariem as normas e regras contidas neste Regulamento e em correspondências que venham a ser trocadas entre o beneficiário e a Clinihauer.

20.4. Será fornecida pela Clinihauer 1 (uma)

carteira de identificação para cada beneficiário, constando o plano de atendimento em que está inscrito.

a. Ocorrendo perda ou extravio da carteira de identificação, deverá o beneficiário solicitar à Clinihauer a expedição de 2ª via, mediante pagamento da taxa de expedição correspondente a 50 (cinquenta) CR\$ (Coeficiente de Honorários Médicos, cujo valor do CH é estabelecido pela AMB, Associação Médica Brasileira).

b. Ocorrendo a perda ou extravio da carteira de identificação, do beneficiário o mesmo obriga-se a comunicar, por escrito e de imediato, o fato a Clinihauer, isolando-se de qualquer responsabilidade pelo uso indevido da carteira de identificação, uma vez decorrido o prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contado a partir do recebimento da comunicação.

b.1. Não havendo comunicação, o beneficiário titular se responsabilizará perante a Clinihauer pelo seu uso indevido, ficando a Clinihauer desde logo autorizada a cobrar, juntamente com a próxima taxa de manutenção, o valor correspondente aos serviços prestados.

20.5. Por este Regulamento e em substituição à assistência médico hospitalar assegurada aos beneficiários do plano, o titular obriga-se a pagar à Clinihauer:

a. O valor constante na Proposta de Adesão.

b. A contribuição mensal, por taxa extra, do titular e de cada beneficiário inscrito, a título do custeio e manutenção;

20.6. Nenhum pagamento será reconhecido como efetuado à Clinihauer se o titular não possuir o comprovante respectivo, devidamente autenticado pela entidade receptora e autorizada pela Clinihauer ou pela entidade credenciada para tanto.

20.7. São documentos do presente Regulamento, que fazem parte integrante:

a. Proposta de Adesão;

b. O recibo de pagamento de taxa de inscrição;

c. Recibo de pagamento da primeira taxa de manutenção;

d. Recibos de pagamentos da taxa de manutenção.

20.8. Não será aceita a presunção de que a Clinihauer possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem na Proposta de Adesão e de seus anexos definidos e eventuais

20.9. A simples tomada da Proposta de Adesão implica no conhecimento e no reconhecimento pleno deste Regulamento, cuja cópia de inteiro teor é entregue ao titular no ato da assinatura daquela proposta.

20.10. O beneficiário titular se obriga a comunicar à Clinihauer seu novo endereço em caso de mudança e não o fazendo, assumirá inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que advierem por avisos e comunicações que deixar de receber e enviadas pela Clinihauer.

20.11. O presente regulamento, após-se arquivado sob o nº 7133276/17722, perante o 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos de Curitiba - PR.

20.12. Fica eleito o foro da cidade de Curitiba, Paraná, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Curitiba, 2 de junho de 1995

3. Além da correção de que trata o item 2, essas mensalidades poderão ser ajustadas anualmente ou com periodicidade mínima constante da prestação vigente, de acordo com a relação dos custos médico-hospitalares, a ser apurada mediante a aplicação da seguinte fórmula (que tem por fonte, equação aprovada por Portaria nº 110, de 01 de agosto de 1990, Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento):

$$= (\text{Cons} \times 0,1114) + (\text{Ex} \times 0,1543) + (\text{Proo} \times 0,0665) + (\text{HM} \times 0,1115) + (\text{S} \times 0,0531) + (\text{OT} \times 0,2765) + (\text{MM} \times 0,1165) + (\text{DG} \times 0,1061)$$

IDE:

= Índice de reajuste;

ms = Variação dos preços das consultas

(conforme Tabela da AMB - Associação Médica Brasileira);

= Variação dos preços dos exames

(conforme Tabela da AMB);

oc = Variação dos preços dos procedimentos

(conforme Tabela da AMB);

m = Variação dos preços dos honorários médicos

(conforme Tabela da AMB);

= Variação dos salários,

conproceda através de acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe, ou resoluções da política salarial oficial;

t = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares,

obtida pela média aritmética do aumento

no período, na rede hospitalar credenciada pela Clinihauer para prestação do atendimento;

m = Variação dos preços de materiais e medicamentos

(de acordo com a BRASINDICE);

DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do IGP-DI).

14.3.1 O reajuste de que trata o item 14.3 somente será aplicado se o IGP-DI (Índice Geral de Preços ou seu subíndice legal) não for suficiente para cobrir a variação dos custos setoriais, hipótese em que a Clinihauer se obriga a esclarecer por escrito e detalhadamente, ao beneficiário titular, todas as operações matemáticas realizadas na aplicação da fórmula.

14.3.2 Haverá, ainda, correção em prazo inferior ao anual se ocorrer aumento da frequência de sinistralidade ou consumo, ou dos custos formadores dos preços de assistência médica, tais como: valores de serviços e/ou honorários médicos estabelecidos através da Tabela da Associação Médica Brasileira, AMB; das diárias e taxas hospitalares estabelecidas através da Associação dos Hospitais do Estado do Paraná, AHOPEP; materiais e medicamentos hospitalares obtidos através do BRASINDICE, bem como dos salários e encargos trabalhistas obtidos através de acordos coletivos do trabalho, que servem de base para os cálculos das taxas vigentes.

14.4 Os valores das taxas de inscrição e manutenção terão ainda seus índices reajustados se houver reformulação da política econômica do governo, obedecendo para esta fim os critérios estabelecidos para contratos de assistência médico-hospitalar.

CLÁUSULA XV

declaração do contratante

15.1 As declarações e exames pré-admissionais prestadas pelo beneficiário titular e/ou dependentes ficam fazendo parte deste regulamento, ficando a Clinihauer autorizada a utilizá-las a qualquer tempo, no amparo e na

deleza de seus direitos sem que a utilização implique em ofensa ao sigilo profissional.

a. A Clinihauer poderá solicitar em qualquer época, informações sobre o estado de saúde do beneficiário (titular ou dependente), atual e passado, aos médicos que os tenham assistido, ficando os referidos médicos autorizados a fornecerem ao corpo médico da Clinihauer as informações solicitadas, sem que isto constitua quebra de sigilo profissional.

CLÁUSULA XVI

alteração deste regulamento

Toda a alteração será válida se feita por escrito com a concordância das partes.

CLÁUSULA XVII

sub-rogação da Clinihauer

17.1. A Clinihauer, uma vez pagas as despesas médico-hospitalares, poderá exercer os direitos e ações que por razão do acidente ou ato ilícito correspondem aos beneficiários deste regulamento, frente às pessoas responsáveis pelo mesmo, até o limite da indenização. Essa direito não pode ser exercido em prejuízo do beneficiário.

17.2. O Contratante será responsável pelos prejuízos que, em seus atos ou omissões, podem prejudicar a Clinihauer em seu direito de sub-rogar-se.

17.3. Em caso de concordância da Clinihauer e Contratante frente ao terceiro responsável, o ressarcimento obtido se repartirá entre ambos na proporção dos seus respectivos interesses.

CLÁUSULA XVIII

conhecimento prévio

O beneficiário titular declara ter prévio conhecimento do conteúdo deste regulamento, conforme determinação do artigo 46 da Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990.

CLÁUSULA XIX

benefícios especiais

19.1. Garantias Médica Familiar - GMF. Ocorrendo o óbito do titular, após o pagamento daquela taxa de manutenção, os beneficiários anuentes terão direito aos serviços do p. de assistência médica-hospitalar em estarem inscritos pelo prazo de cinco anos, contados da data do óbito beneficiário titular, sem o pagamento de anualidades.

Fica subentendido que a cobertura do GMF - Garantias Médica Familiar - não se estende a atos de assistência odontológica constantes no anexo V deste regulamento mesmo que tenham sido contratados

a. Considerar dependentes aptos a participar do GMF, desde inscritos no plano de assistência na contratada, à Clinihauer:

a.1. O cônjuge;

a.2. Filhos aos, enteados e tutelados solteiros, mas de 18 (dezoito) anos se do sexo masculino de 21 (vinte e um) anos se do sexo feminino

a.3. A companha ou companheiro;

a.4. Filhos mas de 18 (dezoito) anos e filhas menores de 21 (vinte e um) anos, solteiros.

b. Perderá totalmente o direito ao benefício estabelecido em 19.1 desta Cláusula, o dependente que curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder condição de dependência conforme dispõe o item "a" desta mesma Cláusula.

c. Os beneficiários nesta Cláusula ficam condicionados à apresentação, pelos beneficiários anuentes, do atestado e certidão de óbito beneficiário titular, e demais documentos se liberarem necessários para

PLUS

Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar - PERSOMAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - pessoa física (consultas em rede credenciada e acomodação diferenciada)

1. Marcação de consultas em consultórios de médicos especialistas credenciados pela Clinihauer e as especialidades do Módulo Personal Obrigatório.
2. A Clinihauer fornecerá uma relação do corpo clínico credenciado para atender o disposto do item 1 deste Anexo.
3. A Clinihauer fornecerá uma relação do corpo clínico credenciado para atender o disposto do item 1 deste Anexo.
4. A Clinihauer não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraorçamentárias, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, pulso de tosse e higiene pessoal, alimentos e não sejam servidos pela instituição e despesas de alimentação do acompanhante.
5. Os benefícios incluídos neste opcional somente ter direito aos benefícios após cumprir: seguintes condições, contada a partir da assinatura termo de adesão e a consequente opção naquela data pelo presente opcional PLUS I:
 1. 90 (noventa) dias para marcação direta de consultas e consultórios de médicos especialistas credenciados conforme item 1 deste Anexo.
 2. 180 (cento e oitenta) dias para hospitalizações de casos clínicos, adultos e pediátricos, em quanto individual conforme item 2 deste Anexo.
 3. 360 (trezentos e sessenta) dias para as hospitalizações de casos cirúrgicos eletivos ou urgência conforme item 2 deste Anexo.
6. Fica acrescido ao valor constante do parágrafo

2º da Cláusula VI do Plano Personal - Módulo Obrigatório, mais R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) - valor este que tem como base a data de 1º de abril de 1995, ficando a correção do mesmo sujeito ao disposto na Cláusula XIV - (reajustes), por benefício inscrito por período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias contados a partir da data de sua inscrição ou da inclusão de cada beneficiário.

Tomar-se-á por base o valor constante deste item 5, em duas vezes a tabela da Associação Médica Brasileira, AMB, adotada pela Clinihauer, para o pagamento de honorários médicos e procedimentos decorrentes de internações. As despesas hospitalares, de acordo com a tabela da Associação dos Hospitais do Estado do Paraná (AHOPAR), e as despesas com materiais e medicamentos, de acordo com a tabela Brasileira.

6. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado (Cláusula 13.1 deste regulamento), que é acrescido, por benefício inscrito neste Plus Opcional, de quantia específica prevista na Proposta de Adesão.

7. Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do regulamento do Plano Personal Obrigatório - pessoa física, não prejudicadas por esta alteração.

Curitiba, 2 de junho de 1995.

PLUS II

Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar - PERSOMAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - pessoa física (serviços de ginecologia e obstetrícia)

1. Consultas nas especialidades de obstetrícia e procedimentos em ginecologia.
2. Cirurgias na especialidade de obstetrícia e ginecologia.

3. Serviços complementares de diagnóstico e tratamento complementar:

a. Ecografia pélvica ginecológica e obstétrica, ecografia pélvica transvaginal, ecografia de mama, mamografia, amniocentese, líquido amniótico, colposcopia, exame a fresco de conato vaginal e cervical, laparoscopia diagnóstica, punção de bexiga diagnóstica, teste de Hühner, locoradiografia ante-parto, locoradiografia intra-parto, dopplerultrassom, perfil biológico do feto, amniocentese sob controle da ultra-sonografia obstétrica, craniocelularização de colo de feto, eletrocoagulação de colo de útero, hidroculagem e periculação tubária.

b. Uti neonatal, caso haja indicação do médico assistente, até 10 (dez) dias, incluindo diárias, materiais e medicamentos e honorários, reservando-se os limites previstos no item 7 deste Módulo Plus II.

4. Assistência ao parto e ao recém-nascido

a. Serviços de maternidade, compreendendo assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgica ou não, cuidados de abortos espontâneos, e tratamento das patologias das complicações singelas no pré-parto

b. Cuidados de lactação, incluindo, se necessário, lactação, testes sanguíneos e bacteriológicos c. Honorários do médico clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra, neonatologista, integrantes da equipe de profissionais da Clinihauer

d. Taxas de parto normal ou cirúrgico

e. A Clinihauer não se responsabilizará por honorários médicos e/ou materiais e medicamentos decorrentes de anuência relatada como opção de supressão da dor em partos normais, corrente esta despesa por conta da parturiente (parto com analgesia).

5. Cirurgias ginecológicas relacionadas a vulva, vagina, útero, trompas, ovário e mamas, desde que solicitadas por médicos perencientes ao

corpo clínico da Clinihauer, reservando-se as exclusões constantes na cláusula VII do Regulamento do Módulo Personal Obrigatório - Serviços excluídos.

6. Os benefícios incluídos neste opcional somente terão direito aos procedimentos obstétricos e ginecológicos observando as seguintes condições:

a. 90 (noventa) dias para ecografias pélvica (ginecológica e obstétrica), transvaginal e mama; mamografia; laparoscopia diagnóstica.

b. 300 (trezentos) dias contados a partir da assinatura do termo de adesão e a consequente opção naquela data pelo presente opcional PLUS II, para os procedimentos relativos a partos normais, cirurgias obstétricas e Uti neonatal.

c. 360 (trezentos e sessenta) dias relativos a procedimentos cirúrgicos ginecológicos

7. Fica acrescido ao valor constante do parágrafo 2º da Cláusula VI do Plano Personal Módulo Obrigatório, mais R\$ 3.000 (três mil reais) - valor este que tem como base a tabela de 1º de abril de 1995, ficando a correção do mesmo sujeito ao disposto na cláusula XIV - (reajustes), por benefício inscrito por período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias contados a partir da data de sua inscrição ou da inclusão de cada beneficiário

8. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado (Cláusula 13.1 do regulamento do Plano Personal Módulo Obrigatório - pessoa física), que é acrescido, por benefício inscrito neste PLUS opcional, de quantia específica prevista na proposta de adesão.

9. Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do regulamento não prejudicadas por esta alteração

Curitiba, 2 de junho de 1995.

PLUS III

Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar - PERSOMAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - pessoa física (exames especiais).

1. Serviços Complementares de diagnóstico e tratamento a seguir relacionados:
ecoscopia diagnóstica, colonoscopia, ecografias em geral, eletrocardiografia dinâmica (sistema Holter), tomografia computadorizada em geral, colangiopancreatografia retrógrada, laingoscopia com laser, medicina nuclear (menos cod. 31.11.003 - 7 - constante na Tabela AMB), densitometria óssea, colangiografia transcateter, neuro-radiologia, estudo angiográfico, ressonância magnética, alimentação parenteral, acelerador linear, cobaltoterapia, radioterapia e quimioterapia.
2. Os benefícios incluídos neste opcional somente serão liberados após o cumprimento de 300 dias de carência, contados a partir da assinatura do termo de adesão e a consequente opção naquela data pelo opcional PLUS III.

3. Fica acrescido ao valor constante do parágrafo 2º da Cláusula VI do Plano Personal Módulo Obrigatório - pessoa física mais R\$ 2.000,00 (dois mil reais - valor este que tem como base a data de 1º de abril de 1995, ficando a correção do mesmo sujeito ao disposto na Cláusula XIV - reajustes) por benefício inscrito por período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir da data de sua inscrição ou da inclusão de cada beneficiário.

4. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado (Cláusula 13.1) que é acrescido, por usuário inscrito neste PLUS opcional, de quantia específica prevista na proposta de adesão.
5. Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do regulamento não prejudicadas por esta alteração.

Curitiba, 2 de junho de 1995.

PLUS IV

Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar - PERSOMAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - pessoa física (Procedimentos Especiais)

1. Ficam incluídos na cobertura os serviços complementares de tratamento e procedimentos cirúrgicos.

Litotripsia renal ultrassônica, colocação de próteses por via endoscópica, introdução endoscópica de prótese esofágicas, polipectomia endoscópica, polipectomia de cólon, "hifectomia" do estômago, gastrosstomia endoscópica, passagem de sondas por endoscopia, lise de fístulas por laparoscopia, laparoscopia, laparotomia, drenagem em cavidade por laparoscopia, laparotomia com implante (excluída a bexiga), neurocirurgia, microcirurgia dos nervos periféricos, implante e revascularizações dos membros, artroscopia cirúrgica, cirurgia videolaparoscópica.

2. Ficam também incluídos na cobertura cirúrgica os procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica a seguir relacionados:

a. Valvopatias:

Comissurotomia sem CEC, Comissurotomia com CEC, Troca valva única valvopatia, Troca valva múltipla.

b. Coronariopatias:

Aneurisectomia de ventrículo esquerdo, Ponte safena aorto-coronária, anastomose manzetta-coronária, revascularização do miocárdio e outros procedimentos: catóides, valvas, aneurismas, etc.

c. Outros procedimentos:

Correção cirúrgica de aneurisma aorto-iaíaco, correção cirúrgica de aneurismatização abdominal, cardiomiopatia (ferimento, corpo estranho, exploração), colocação de balão infrarotino, drenagem do pericárdio,

pericardiocentese, pericardiectomia, biópsia do miocárdio, cirurgia para implante de marcapasso, excluindo-se o aparelho.

d. Serviços básicos necessários:

Perfusionista:

e. Hemodinâmicas:

- Cateterismo cardíaco direto com ou sem oximetria, cateterismo cardíaco esquerdo com ou sem oximetria, cineangiografia, cineangiografia com Rashkind, cineangiografia, cinecoronangiografia com aortografia completa, cinecoronangiografia com cateterangiografia bilateral, coronangiografia com angioplastia, estudo da função do nó sinusal e do sistema de condução, estudo da função do nó sinusal e do sistema de condução com provas farmacológicas, cateterismo direto + esquerdo + cineangiografia, cateterismo direto + esquerdo + coronangiografia + cineangiografia, valvoplastia com cateter (pulmonar, aórtico ou mitral).

3. Este opcional não dará cobertura para transplantes, bem como exames específicos para este fim, bem como, próteses e órteses de qualquer natureza, inclusive valvulas e marcapassos.

4. Os benefícios incluídos neste opcional somente serão liberados após o cumprimento de 360 (trezentos e sessenta) dias de carência, contados a partir da assinatura do termo de adesão e a consequente opção naquela data pelo opcional PLUS IV.

5. Fica acrescido ao valor constante do parágrafo 2º da Cláusula VI do Plano Personal Módulo Obrigatório - pessoa física, mais R\$ 3.000,00 (cinco mil reais - valor este que tem como base a data de 1º de abril de 1995, ficando a correção do mesmo sujeito ao disposto na Cláusula XIV - reajustes) por benefício inscrito por período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir da data de sua inscrição ou da inclusão de cada beneficiário.

6. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado (Cláusula 13.1) que é acrescido, por usuário inscrito neste PLUS opcional, de quantia específica prevista na proposta de adesão.

7. Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do regulamento não prejudicadas por esta alteração.

Curitiba, 2 de junho de 1995.

PLUS V

Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar - PERSOMAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - pessoa física (Serviços Odontológicos).

1. Os beneficiários que adquirem este Módulo Opcional Plus V terão direito a prestação dos serviços odontológicos, cujas Cláusulas estão especificadas neste anexo, os quais serão prestados pela Odontopar Paratá - Clínica de Odontologia Ltda., com sede nesta cidade na Avenida Silva Jardim, 3180.

2. A assistência odontológica consistirá dos atendimentos previstos no Item 5 deste anexo.

- 2.1 As consultas e tratamentos odontológicos, aqui expressamente determinados, serão prestados mediante atendimento com hora marcada nas ambulâncias próprias, sendo que os atendimentos de urgência serão prestados a qualquer hora do dia ou da noite nos locais indicados pela Odontopar.

- 2.2 As radiografias periapicais e interproximais serão elaboradas nos serviços próprios ou credenciados somente quando constatada a necessidade pelo corpo de odontólogos da Odontopar.

- 2.3 A aplicação tópica de flúor será executada nos beneficiários de até 12 (doze) anos de idade.

2.4. Qualquer tratamento ou ato que envolva hospitalização, seja clínica ou cirúrgica, será cobrado à parte, conforme tabela de serviços da Oramed.

As despesas decorrentes da hospitalização, seja hospitalares ou honorários profissionais, serão de responsabilidade do beneficiário titular.

3. Os atendimentos odontológicos não previstos neste anexo serão prestados de acordo com orçamento previamente realizado pelo profissional dentista da Oramed, conforme tabela de Honorários próprios desta - Tabela de Serviços Extraordinários - vigente no mês em que foi realizado o orçamento.

3.1. Ouro e outros metais utilizados no tratamento dentário serão cobrados à parte ao preço do dia.

3.2. Dentes importados ou de porcelana utilizados na confecção das próteses dentárias serão cobrados à parte ao preço de mercado.

4. Consideram-se beneficiários para efeito do presente anexo os mesmos considerados na Cláusula IV itens a, b, c e d do Regulamento Módulo Personal Obrigatório - pessoa física.

5. Os serviços odontológicos a serem prestados aos beneficiários adquirentes deste módulo observarão os seguintes procedimentos:

- Consulta para plano de tratamento e orçamento
- Perícia odontológica
- Consulta de emergência horário normal
- Curativo simples de tecido da mucosa
- Curativo de lesão da mucosa com sutura (ponto)
- Tratamento de hemorragias pós-cirúrgicas
- Tratamento de abscessos (inflamação do local do dente extraído)
- Drenagem de abscesso via extra oral
- Abertura de câmara pulpar com finalidade de aliviar dor provocada por pulpite ou necrose pulpar (inflamação da gengiva)
- Cimentação de peças protéticas (faqueia, prótese fixa)

- Extração de dentes deciduais (dente de leite)

- Extração simples de dente permanente

- Extração de raiz residual ao nível gengival

- Utiolomia (remoção de tecido gengival sobre o dente para facilitar a erupção do mesmo)

- Aplicação tópica de fluor por arcada

- Radiografia periapical (visualização completa do dente)

- Radiografia interproximal (visualização da parte colorada dos dentes)

- Contorno de dentes abalados por trauma

- Extração de dentes com coroa destruída por cárie, fratura, raízes relesivas e raiz residual do tecido ósseo

- Extração de dente semi-incluso

- Restauração resina composta dente anterior e posterior por face

- Tratamento de canal anterior (dentes da frente)

- Retalamento de dente anterior

- Higiene bucal (orientação de escovação, uso de fio dental)

- Polimento dos dentes, mais fluor por arcada

- Raspagem dental (remoção de tártaro polimero por arcada)

- Plastia de rebordo alveolar

- Apicectomia com obturação radiográfica

- Controle de placa bacteriana

- Pulpotomia ou pulpectomia

- Curetagem apical e/ou apicectomia simples

- Exposição cirúrgica da coroa de dente incluso e colocação de banda

- Restauração foto polimerizável

- Restauração de resina composta de dente anterior e posterior com ataque ácido

6. Nos casos de extrema urgência, havendo risco de vida, na impossibilidade de transferência para outros serviços, a Oramed estará autorizada a prestar todo e qualquer atendimento necessário, ficando sob a responsabilidade do beneficiário, titular as despesas decorrentes do atendimento, calculadas pela Tabela de Honorários da Oramed e em vigor na data do evento.

7. Serviços odontológicos complementares, não cobrados, poderão ser realizados pela Oramed, mediante ajuste adicional entre as partes.

8. Todos os serviços odontológicos realizados pela Oramed, em seus instalações próprias, resultantes do presente anexo, serão invariavelmente registrados em prontuários individualizados, que refletirão o histórico de cada beneficiário.

9. A responsabilidade civil ou criminal da prestação de serviços executados por profissionais, estabelecimentos credenciados e/ou entidades congêneres, compete aos responsáveis executivos ou às entidades jurídicas a que pertencem, eximindo-se a Oramed de qualquer interferência nas gestões técnicas e administrativas relacionadas com seus serviços.

10. Ocorrendo divergência no local de atendimento odontológico, previsto neste anexo, será a mesma submetida a uma junta odontológica, constituída por 3 (três) membros, sendo um de livre escolha da Oramed, outro pelo beneficiário titular e o terceiro escolhido pelos dois nomeados.

11. As partes responderão pelos honorários de seus nomeados, e em partes iguais, no do laudo designado.

12. Os beneficiários incluídos neste Anexo somente terão direito aos benefícios constantes neste Anexo, após o cumprimento das condições previstas a seguir, contados a partir da assinatura do Termo de Adesão e a consequente opção, naquela data, pelo presente Plano: V.

a. 30 (trinta) dias para matrícula de consultas avaliativas e atendimentos cirúrgicos;

b. 90 (noventa) dias para os demais procedimentos constantes no item 5 deste anexo.

13. Por consequência da ampliação, fica alterado o preço previsto na Cláusula 13.1 do Plano Personal Obrigatório - pessoa física que é acrescido por beneficiário inscrito neste opcional, de quantia específica prevista na proposta de adesão.

14. Quanto aos registros das taxas de manutenção referentes a este PUV, não será observado o disposto na Cláusula XIV regulares, com exceção dos itens 14.1, 14.2 e 14.4 da citada Cláusula do Regulamento do Plano Personal Módulo Obrigatório. Fica, portanto incluído o seguinte item aos anteriormente citados:

"Além da correção de que se trata o item 14.2, as mensalidades poderão ser reajustadas anualmente ou na periodicidade mínima, constante da legislação vigente, ou ainda em prazo inferior ao anual se ocorrer aumento de frequência de sinistralidade ou de consumo, ou dos custos formadores dos preços dos serviços odontológicos, assim como se ocorrer alteração sensível da constituição do grupo assistido em relação aos índices de dependente ou quanto a outros aspectos demográficos, que servirão de base para cálculos das taxas vigentes".

15. Para manter inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do Regulamento do Plano Personal Obrigatório, não prejudicadas por esta alteração.

Junho, 2 de junho de 1995.

PLUS VI

Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência Médico - Hospitalar PERSONAL MÓDULO OBRIGATÓRIO - Pessoa Física -

Procedimentos e Cirurgias Plásticas Estéticas

1. Os beneficiários que adquirirem este módulo opcional Plus VI terão direito ao atendimento nas Unidades Próprias ou em consultórios de especialistas credenciados, para as especialidades a seguir discriminadas.

canoncial de 24 (vinte e quatro) meses, caso contrário poderá solicitar sua exclusão, não cabendo-lhe qualquer ressarcimento por parcelas pagas.

5. Somente serão aceitos como beneficiários neste Plus, aqueles que realizarem exames pré-admissionais pela Clinihauer, cuja ficha de avaliação com suas observações faz parte integrante deste CONTRATO.

6. A cobertura prevista neste anexo abrange os seguintes procedimentos:

- a) Para os beneficiários do sexo feminino:
- Mamoplastia redutora - 12.650 CHS
 - Mamoplastia de aumento - 11.500 CHS
 - Abdominoplastia - 12.650 CHS
 - Liposplique - 11.500 CHS
 - até três segmentos - 11.500 CHS
 - Rintoplastia - 11.500 CHS
 - Rintoplastia - 18.975 CHS
 - Otoplastia - 10.950 CHS
 - Mentoplastia de aumento - 9.975 CHS
 - Bioplastia - 10.350 CHS
 - Lipexurelia - 11.500 CHS
 - até quatro segmentos - 11.500 CHS
 - Plástica de Cícalizes - 10.350 CHS
 - Excisão de nevus - 11.500 CHS
 - até cinco nevus - 13.225 CHS
 - Cirurgia de Calça - Cintola - 11.500 CHS
- b) Para os beneficiários do sexo masculino:
- Ginecomastia - 11.500 CHS
 - Liposplique - 11.500 CHS
 - até três segmentos - 11.500 CHS
 - Rintoplastia - 18.975 CHS
 - Otoplastia - 10.950 CHS
 - Bioplastia - 10.350 CHS
 - Plástica de Cícalizes - 10.350 CHS
 - até três segmentos - 10.350 CHS
 - Excisão de nevus - 11.500 CHS
 - até cinco nevus - 11.500 CHS

6.1. Estas cirurgias somente realizar-se-ão se o beneficiário, ao tempo da cirurgia, estiver clinicamente apto, de acordo com a avaliação dos profissionais médicos especificamente credenciados pela Clinihauer.

7. Por consequência da aquisição/ ampliação, fica alterado o preço pactuado (Cláusula 13.1) que é acrescido por beneficiário inscrito neste PLUS opcional, de quantia específica prevista na proposta de adesão.

8. Os beneficiários poderão adquirir apenas este módulo opcional Plus VI, porém, se desejarem utilizar opções pelos módulos ampliáveis PLUS, deverão, obrigatoriamente, seguir o disposto no Regulamento Módulo Personal (Obrigatório).

9. O presente Anexo - Plus VI acha-se arquivado sob o número 728248, perante o 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos de Curitiba - PR.

Curitiba, 1º de novembro de 1995.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e para que produza os seus jurídicos efeitos, que me foi dada a oportunidade de ler e compreender o conteúdo do Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar Pessoal/Pessoa Física - Clinihauer anexo, sendo que o mesmo está de forma clara e perfeitamente legível, como prevê o artigo 807/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Declaro também, que recebi um exemplar do referido Regulamento teor completo e cujas condições aceito sem opor qualquer ressalva ou restrição.

Curitiba, _____ de _____ de 1995.

Nome: _____

Assinatura: _____

Proposta de adesão nº: _____

OF/PRES/Nº041/2012
Curitiba, 06 de junho de 2012.

À Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Ref.- Reunião da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa com a Associação Médica do Paraná

A ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, entidade representativa que congrega os médicos paranaenses, vem, através da presente demonstrar o histórico das relações negociais e formalizar as denúncias realizadas na reunião do dia 13 de Junho de 2012, aproveitando o ensejo para oferecer suas sugestões para modificações positivas no sistema de saúde suplementar.

À guisa de uma metodologia o presente documento se divide em :

- 01 – Histórico do movimento
- 02 – Denúncias
- 03 – Sugestões
- 04 – Conclusão

01 - Histórico do Movimento

A Associação Médica atendendo as solicitações de seus médicos associados tentou realizar reuniões com operadoras de saúde cujo objetivo era a formalização de acordos para o reequilíbrio econômico-financeiro da relação contratual entre médicos e operadoras.

No ano de 2009, estudos já demonstravam uma sensível diminuição no valor real de remuneração dos honorários médicos em razão de seu congelamento (Doc. 01 – Estudos do valor real da remuneração). Esses estudos partiam do valor médio de consulta à época, e, ainda praticado por grande número de operadoras de saúde, de R\$ 42,00.

É preciso ressaltar que durante anos os médicos não recebem reajuste de seus honorários, o que significa que ano após ano o valor de seu trabalho se deteriorou consideravelmente. Nós estamos falando do sustento de um ser humano, de uma remuneração de caráter alimentar. Não estamos falando de um profissional que está exigindo um aumento, e sim de um profissional que está exigindo o reequilíbrio econômico de seu contrato de prestação de serviço, cujos valores estão absurdamente defasados.

É inegável, por simples inferência lógica, que uma operadora de saúde que não reajusta os valores pagos aos seus contratados está barateando sua manutenção e aumentando seu lucro à custa da exploração do labor médico. Vale ressaltar que não estamos falando de aumento salarial, estamos falando de manutenção do valor real de remuneração!

Durante os anos de 2009 e 2010 foram realizadas inúmeras tentativas da marcação de reuniões com as referidas operadoras através de agendamento telefônico, envio de ofícios e até mesmo de reportagens jornalísticas (Doc. 02 – Solicitações de Negociação 2010).

Do universo de operadoras existentes na Paraná apenas duas se prontificaram e compareceram a pelo menos uma reunião. O acordo não foi obtido, pois as propostas apresentadas não eram razoáveis.

Assim sendo, e como de lógica dedução, a situação continuou a se deteriorar, pois sem reajustes nos honorários (médicos fica cada vez mais inviável para o médico manter seu consultório).

Novamente no ano de 2011 foram reiniciadas as tratativas de negociação (Doc. 03 – Solicitações de Negociação 2011), as operadoras paranaenses foram convidadas a negociar com as entidades médicas e mais uma vez a maioria sequer deu atendimento à convocação.

As operadoras que aceitaram negociar foram COPEL, FURNAS, AMIL e a entidade representante dos planos de saúde de autogestão (UNIDAS)

80 R\$ (A negociação com a empresa COPEL chegou ao fim a bom termo.) Em anexo segue cópia do termo de compromisso assinado e que esperamos sirva de norteador para novas negociações (Doc. 04 – Termo de Compromisso Copel). Nesse sentido as demais empresas da UNIDAS se comprometeram a apresentar nova proposta após extensa rodada de negociações. Na cidade de Foz do Iguaçu as empresas do grupo UNIDAS já pagam valores muito próximos aos postulados pela classe médica e superiores aos praticados nas demais cidades do Estado.

A empresa FURNAS não assinou termo de compromisso, mas seus médicos credenciados já passaram a receber valores considerados dignos pelo movimento médico (consulta à R\$ 80,00 e

procedimento pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos versão atualizada).

A empresa AMIL resolveu, finalmente, realizar uma negociação que está marcada para o próximo dia 19.

Infelizmente as empresas integrantes da ABRAMGE e da FENASAÚDE não se interessam pela negociação com as entidades médicas a nível estadual. Sabe-se entretanto, que no âmbito do interior, mais especificamente na cidade de Foz do Iguaçu as empresas da ABRAMGE (Amil e Clinipam) já pagam os valores postulados pelo movimento médico.

Em anexo apresentam-se cópias dos ofícios solicitando o início das negociações (DOC. 0 - Ofícios), bem como a negativa de negociação pela empresa PARANÁ CLÍNICAS. (DOC. 0 - Resposta de ofício - Paraná Clínicas)

Concomitantemente às solicitações de negociação, inicialmente foi solicitado a Agência Nacional de Saúde - ANS, que em face do desrespeito as normativas por ela exaradas, notadamente a Resolução nº 71/2004 (Doc. 05 - Resolução ANS), tomasse as providências cabíveis. Acreditamos que o papel fiscalizatório da ANS deve ser pró-ativo verificando compulsoriamente a correção dos instrumentos contratuais entre médicos e operadoras garantindo a ausência de distorções.

Em resposta as nossas denúncias a ANS instaurou processos administrativos (DOC. 06 - Respostas ANS) contra operadoras, mas acreditamos, sinceramente, que a ANS deve ter papel fiscalizador mais atuante e eficaz.

Como as tratativas com as operadoras e a intervenção da ANS não obtiveram o feito desejado, a Comissão Estadual que congrega as entidades médicas, através do Sindicato dos Médicos, promoveu medidas judiciais visando o reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos que os médicos firmam com as operadoras, ações judiciais que ainda estão em trâmite.

O silêncio das operadoras de saúde é o principal causador para o crescimento de descredenciamentos individuais por todo o Estado, pois o médico não é obrigado a se manter em uma relação contratual prejudicial a sua dignidade e de sua profissão.

02 - Denúncias

Aproveitamos a oportunidade para cientificar a esta Assembléia que muitas operadoras têm ofertado planos cujo valor da mensalidade é tão baixo que não existe possibilidade de viabilidade. Esses produtos são enganosos, pois não é possível, nos moldes atuais, que um plano seja sustentável com mensalidades inferiores a R\$ 200,00 (duzentos reais). A conta simplesmente não fecha, a menos que os honorários médicos sejam reduzidos e/ou que continuem congelados. Podemos estar diante de um grande problema como está ocorrendo com a telefonia, só que com conseqüências muito mais graves, pois se trata da prestação de saúde, do atendimento médico.

É preciso que os poderes públicos em suas diferentes esferas exijam a demonstração da viabilidade de gestão desses planos como mensalidades tão baratas, sob pena de desassistência em médio prazo.

Outra questão sensível consiste na proliferação dos chamados cartões de descontos, forma antiética de intermediação do serviço médico e flagrante ofensa as disposições do Código de Ética Médica, mais especificamente em seu artigo 72 que determina ser vedado ao médico:

“Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de desconto ou consórcios para procedimentos médicos.”

Essas empresas, ao contrário dos planos de saúde, não são reguladas pela Agência Nacional de Saúde ou pela legislação federal sobre o tema, atuando no mercado como supostos planos, mas servindo apenas de intermediadores da profissão médica e com indícios de sonegação de impostos.

03 – Sugestões

Preocupados com rumos da Saúde Suplementar, principalmente com a situação do aviltamento dos honorários médicos, apresentamos algumas propostas que visam garantir a estabilidade do sistema sem o achatamento da remuneração do profissional médico.

As sugestões baseiam-se para tanto na carta firmada em 07 de Abril de 2011 cujo teor foi aprovado em grande reunião da classe médica, que contou com centenas de profissionais e representantes de todas as entidades médicas estaduais, e que diz:

“(Nós, médicos do Paraná, reunidos no Dia Nacional de Paralisação do atendimento aos planos de saúde, em data de 07 de Abril de 2011, em Curitiba, na sede da Associação Médica do Paraná, localizada na Rua Cândido Xavier, nº 575, firmamos o presente MANIFESTO buscando a proteção da população e a garantia de atuação profissional digna. Esperamos resposta aos problemas abaixo denunciados para que sejam tomadas as medidas necessárias para salvaguardar a população e a atuação da própria classe médica, tão aviltada em seus honorários profissionais

MANIFESTO MÉDICO COM RELAÇÃO À SAÚDE SUPLEMENTAR

01- SITUAÇÃO ATUAL DA MEDICINA SUPLEMENTAR

A saúde suplementar está enfrentando graves problemas de gestão que ameaçam inclusive sua manutenção. A população paga muito caro por seu plano e o médico recebe muito pouco por seu labor, o que logicamente evidencia problemas na gestão dos planos de saúde.

(Durante o intervalo de uma década o médico tem arcado com a minoração progressiva de seus honorários para a manutenção deste Sistema de Saúde.) Isso não será mais tolerado!

Reconheça-se que os médicos do Paraná através de suas entidades representativas buscaram inicialmente negociações com as operadoras de saúde e somente após o insucesso de suas tentativas é que passaram a adotar medidas judiciais, administrativas e de mobilização da classe.

02- CLÁUSULAS DE REAJUSTE OBRIGATÓRIAS

É preciso ressaltar que durante anos os médicos não recebem reajuste de seus honorários, o que significa que ano após ano o valor de seu trabalho se deteriorou consideravelmente. Nós estamos falando do sustento de um ser humano, de uma remuneração de caráter alimentar.

(É inegável, por simples inferência lógica, que uma operadora de saúde que não reajusta os valores pagos aos seus contratados está barateando sua manutenção e aumentando seu lucro à custa da exploração do labor médico.) Vale ressaltar que não estamos falando de aumento salarial, estamos falando de manutenção do valor real de remuneração!

O direito ao reajuste não é uma ficção jurídica, é uma obrigação decorrente da Constituição Federal, dos princípios que norteiam a relação contratual e das próprias determinações normativas exaradas pela Agência Nacional de Saúde.

03- AUTONOMIA DO PROFISSIONAL MÉDICO

O que se busca é que o médico possua liberdade na realização de seu labor, escolhendo os métodos que julgar melhores para seus pacientes. Logicamente submetendo sua atuação aos protocolos médicos da medicina baseada em evidências.

A glosa em série sem levar em conta critérios técnicos é abusiva e precisa ser denunciada. Em nome da redução de custos procedimentos vem sendo negados sistematicamente!

04- DESCRENCIAMENTO MÉDICO

O descredenciamento é um ato individual de manifestação de vontade, sendo que sua ideia de coletividade advém do fato de que a situação da maioria dos médicos é igualmente inviável, realidade que está levando a um grande número de descredenciamentos individuais.

O médico que não está credenciado aos planos de saúde pode atender livremente os usuários desses mesmos planos. Trata-se de inteligência da Resolução CONSU nº 08, que estabelece em seu artigo 2º, inciso VI que é proibido ao plano de saúde negar autorização de procedimentos em razão do profissional solicitante não ser por ele credenciado.

Significa dizer que o paciente pode escolher seu médico fora da rede credenciada, sendo que este pode solicitar os procedimentos que entender necessários e cobrar os honorários que julgar justos para sua atuação profissional.

Trata-se de medida emergencial para médicos prestes a fecharem seus consultórios, ou que vislumbrem que a perda do seu valor real de remuneração esteja a prejudicar a sua atuação.

05- DESVINCULAÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Dentre as propostas apresentadas para permitir aos médicos a manutenção de seus consultórios com a dignidade a que têm direito foi apresentada a possibilidade da desvinculação da consulta médica das operadoras de saúde.

Por se tratar de ato exclusivamente médico e que deveria, portanto, prescindir de intermediadores a desvinculação é enxergada como avanço, pois representa a volta da

personalização da medicina, aonde a relação médico-paciente não é afetada por ser o profissional parte ou não da rede credenciada.

06- A LUTA NÃO É APENAS PELA CLASSE MÉDICA, MAS POR TODA A POPULAÇÃO QUE UTILIZA O SERVIÇO SUPLEMENTAR DE SAÚDE

Não existe serviço de qualidade sem remuneração digna! Para que o médico possa atuar com qualidade e respeito é preciso garantir-lhe remuneração que permita não apenas manter seu consultório, mas também investir em sua atualização de conhecimentos. O estudo constante e a participação em congressos se fazem necessários para trazer aos seus pacientes os melhores e mais eficazes métodos de tratamento.

A boa medicina exige do médico muita preparação e dedicação, o que não pode ser feito quando a mera manutenção do seu consultório se torna cada vez mais impraticável. Em nome do correto atendimento é que se realiza essa paralisação, para que a população tome conhecimento da situação problemática em que se encontra a saúde suplementar."

Dentre as propostas da Associação Médicas destacam-se:

Proposta de alteração da lei 9.656/98 para permissão da desvinculação da consulta médica

A desvinculação sempre foi defendida pela Associação Médica do Paraná, mas todas as soluções capitaneadas esbarram em um mesmo tópico, qual seja a redação do artigo 12 da Lei 9656/1998. O referido artigo exige para os planos que contemplem atendimento ambulatorial o oferecimento de consultas ilimitadas.

A solução seria então a exclusão dessa exigência da Lei através de uma medida provisória. Essa medida seria salutar para permitir a manutenção do sistema de saúde suplementar que se encontra com graves problemas de gestão, evitando sua desestabilização que está cada vez mais próxima.

É uma medida que interessa não apenas aos médicos, mas também as operadoras de saúde. Tampouco há prejuízo aos usuários, pois a exclusão da obrigatoriedade de consultas ilimitadas apenas permitiria à saúde suplementar a venda de um novo produto. Algo que possibilitaria em médio prazo melhorar sensivelmente a remuneração médica, a qualidade do sistema e a gestão das operadoras de saúde.

Apesar de não ser uma solução a curto prazo, seria sim, definitivamente, uma solução a médio e longo prazo.

Tal medida permitiria a criação de novos planos de saúde que excluiriam as consultas médicas de seu rol de obrigações, tornando o sistema mais eficaz, garantindo remuneração mais justa ao profissional médico e oferecendo soluções a dificultosa gestão de operadoras de saúde.

Assim sendo, pela firme convicção de que a medida se faz imperiosa no mais curto espaço de tempo possível é que a Associação Médica apresenta a proposta confiante de que não se fará vista grossa aos graves problemas da saúde suplementar e que a solução apresentada se não

resolve todos os problemas permite um novo enfoque e um novo fôlego para que todos trabalhem para a realização de um sistema mais viável, mais correto e mais justo.

Proposta de modificação da Lei 3.268/57, para fixação de parâmetros mínimos de remuneração ao profissional médico

A ausência de regulamentação normativa referente aos valores mínimos dos honorários médicos tem causado justificado descontentamento e ensejado sérias distorções na relação dos profissionais médicos e as Operadoras de Saúde. Tal fato vem agravar a alarmante situação atual, considerando-se que os valores disponibilizados aos prestadores de serviços médicos estão de há muito defasados, com inaceitável estagnação por quase uma década.

Em decorrência do exposto é sugestão desta Associação a formulação de emenda aditiva à Lei 3.268/57, para inserção de uma alínea no artigo 5º da referida Lei, adicionando-se às atribuições já deferidas ao Conselho Federal de Medicina, a de fixar parâmetros e referenciais mínimos de remuneração aos profissionais médicos, respeitadas as condições regionais, a critérios dos respectivos Conselhos Estaduais.

Propostas para a Lei 9961/00

As modificações da Lei devem contemplar a inclusão de representantes de todas as entidades médicas e hospitalares de representação federativa na diretoria da ANS.

A diretoria da ANS seria então escolhida de uma lista pré-formulada pelas entidades representativas que atuam na saúde suplementar. A diretoria conterá obrigatoriamente um representante de cada setor, garantindo igualdade de representação.

Somadas as propostas queremos reiterar o repúdio ao aumento indiscriminado de escolas médicas e a revalidação compulsória de diplomas de médicos de outros países. Não faltam médicos no Brasil, o que falta é estrutura para que o médico possa atuar nas regiões mais carentes.

04 – Conclusão

O que se conclui é que existem distorções sérias na remuneração do médico, o que acarreta prejuízo não apenas a esses profissionais, mas também aos seus pacientes. Em face da remuneração baixa os médicos são obrigados a trabalhar em jornadas excessivas e enfrentam dificuldades na manutenção de sua educação continuada.

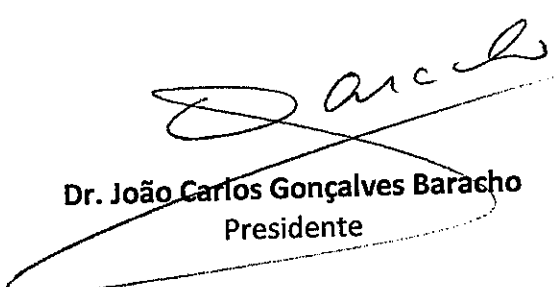
A baixa remuneração tem causado a diminuição de profissionais em áreas importantes - como a pediatria e clínica médica-, simplesmente porque os médicos não conseguem manter os consultórios em funcionamento, o que acarreta inegável prejuízo a toda população.

A saúde suplementar passa por uma série de problemas de sustentabilidade de seu sistema, problemas que se não resolvidos acarretarão, indubitavelmente, sua quebra.

Objetivando evitar essa situação, a Associação Médica do Paraná, bem como as demais entidades médicas paranaenses, têm buscado a solução negocial, para debater em conjunto e

promover melhorias no sistema, a fim de que ele seja justo e viável, para operadoras, médicos e o mais importante, para os pacientes.

Aproveitando o ensejo para renovar os protestos de elevado apreço solicitamos à egrégia Assembléia que auxilie o processo negocial.



Dr. João Carlos Gonçalves Baracho
Presidente

(Doc. 01 – Estudos do valor real da remuneração)

06/09/2010 - CRMES realiza estudo sobre honorários médicos

(Notícia do Site do CRMPR)

O Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo encomendou pesquisa sobre honorários médicos para empresa de consultoria especializada. O estudo apontou grande defasagem no valor da remuneração médica paga pelos convênios de saúde. Dados demonstram que os valores são ínfimos em relação às despesas dos profissionais. Com base nas informações da pesquisa e após reunião da entidade, o CRMES enviou uma proposta à Superintendência do Grupo Unidas do Espírito Santo de alterar o valor para 80 reais.

Clique [aqui](#) e veja a planilha de custos sobre o valor da consulta médica, elaborada pela empresa contratada pelo CRMES.

Custo de consulta médica	300 consultas	200 consultas
Itens	valor	valor
Aluguel de consultório	R\$ 600,00	R\$ 600,00
Salário da secretária	R\$ 750,00	R\$ 750,00
Salário da faxineira	R\$ 570,00	R\$ 570,00
Vale alimentação	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Insalubridade	R\$ 46,00	R\$ 46,00
Vale transporte	R\$ 80,00	R\$ 80,00
Encargos sociais (60%)	R\$ 820,00	R\$ 820,00
Condomínio	R\$ 370,00	R\$ 370,00
Telefone, energia elétrica	R\$ 428,00	R\$ 285,00
Material de consumo	R\$ 180,00	R\$ 120,00
médico		
Material de limpeza	R\$ 200,00	R\$ 150,00
INSS(autônomo)	R\$ 683,00	R\$ 683,00
Imposto de Renda – PF	R\$ 1.212,00	R\$ 808,00
ISS	R\$ 250,00	R\$ 250,00
IPTU, alvarás, registros e licenças	R\$ 115,00	R\$ 115,00
Depreciação dos equipamentos	R\$ 300,00	R\$ 300,00
CRM + Ass. Médica + Sindicato Méd. + Soc. Esp.	R\$ 150,00	R\$ 150,00
Locomoção (média de 8l/dia)	R\$ 460,00	R\$ 460,00
Despesas diversas *	R\$ 2.747,00	R\$ 2.747,00
Receita mensal (R\$ 42,00 p/ consulta)	R\$ 12.600,00	R\$ 8.400,00
Total de despesas mensais	R\$ 10.841,00	R\$ 10.184,00
Receita líquida do consultório	R\$ 1.759,00	-R\$ 1.784,00
Custo unitário por consulta	R\$ 36,14	R\$ 50,92
Lucro unitário por consulta	R\$ 5,86	-R\$ 8,92

* Contador, suporte de informática, manutenção com materiais, aquisição de materiais de expediente, seguros, publicidade, viagens e congressos, assinaturas em geral etc

Despesas mensais		R\$
01 – Aluguel do consultório		R\$ 900,00
02 – Salário da secretária (dois salários da categoria)		R\$ 1.080,00
03 – Salário da faxineira (um salário da categoria)		R\$ 522,00
3.1 – Vale alimentação		R\$ 220,00
3.2 – Insalubridade		R\$ 102,00
3.3 – Vale transporte (líquido)		R\$ 168,00
04 – Férias/FGTS/INSS/13º salário = (59,73% mês)		R\$ 1.022,00
05 – Condomínio (incluindo água)		R\$ 280,00
06 – Telefone e energia elétrica		R\$ 140,00
07 – Material de consumo médico : gaze, algodão, álcool, etc...		R\$ 90,00
08 – Material de limpeza: cera, sabão, aspirador, etc...		R\$ 70,00
09 – INSS – autônomo = 11% s/teto		R\$ 375,81
10 – IPTU - mensal		R\$ 50,00
11 – Depreciação dos equipamentos – 1/12 (s/ R\$ 10.000,00)		R\$ 83,50
12 – CRM + Ass. Médica + Sind. Médico + Soc. Espec. (mensal)		R\$ 95,00
13 – Despesas de locomoção própria (média – 08 litros diários)		R\$ 510,00
14 – Despesas diversas		R\$ 180,00
TOTAL DAS DESPESAS MENSAIS		R\$ 5.888,31

BALANÇO	R\$
Receita mensal	R\$ 7.140,00
Despesas e custo operacional	R\$ 5.881,31
SALDO	R\$ 1.251,69

SALDO	R\$
R\$ 907,48:-170 =	R\$ 5,33

BALANÇO	R\$
Receita Líquida	R\$ 1.251,69
IR sobre Receita líquida – 27,5%	R\$ 344,21
SALDO FINAL	R\$ 907,48

Valor líquido unitário recebido por consulta
R\$ 5,33

(Doc. 02 – Solicitações de Negociação 2010)



Médico
Profissional
de valor



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



www.amp.org.br

OF/CEHM/Nº014/2011
Curitiba, 11 de maio de 2011.

CÓPIA

À
NOSSA SAÚDE OP. DE PLANOS PRIV. ASSIST. SAÚDE S/C LTDA
Rua Júlio Pernetta
Em mãos

Prezados Diretores:

A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), fazendo remissão à correspondência enviada em Agosto de 2010 reitera a solicitação para formalização de negociação sobre a situação dos honorários médicos, a adoção da tabela CBHPM e a regularização dos contratos firmados com base na Resolução nº 71/2004 da ANS.

Na segura convicção de que a negociação direta é a melhor saída para presente situação aguardamos sua manifestação formal sobre o tema e a conseqüente marcação de uma reunião, impreterivelmente até o dia 30 de Maio.

Em anexo Ofício da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Paraná à Comissão Estadual de Honorários Médicos com a pauta de suas propostas e solicitações.

Atenciosamente,


Dr. José Fernando Macedo
Presidente da CEHM

Nome legível: *Josue de Paula.*

Ass:

Data: 18/05/11



Médico
Profissional
de valor



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



www.amp.org.br

OF/CEHM/Nº015/2011
Curitiba, 11 de maio de 2011.

CÓPIA

À
PARANÁ CLÍNICAS – PLANOS DE SAÚDE S/A
Rua Getúlio Vargas, 3201
Em mãos

Prezados Diretores:

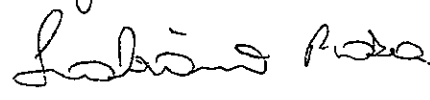
A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), fazendo remissão à correspondência enviada em Agosto de 2010 reitera a solicitação para formalização de negociação sobre a situação dos honorários médicos, a adoção da tabela CBHPM e a regularização dos contratos firmados com base na Resolução nº 71/2004 da ANS.

Na segura convicção de que a negociação direta é a melhor saída para presente situação aguardamos sua manifestação formal sobre o tema e a conseqüente marcação de uma reunião, impreterivelmente até o dia 30 de Maio.

Em anexo Ofício da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Paraná à Comissão Estadual de Honorários Médicos com a pauta de suas propostas e solicitações.

Atenciosamente,


Dr. José Fernando Macedo
Presidente da CEHM

Nome legível:
Ass: 

Data: 18/05/11



Médico
Profissional
de valor



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



www.amp.org.br

OF/CEHM/Nº016/2011
Curitiba, 11 de maio de 2011.

CÓPIA

À
SAÚDE IDEAL – IRM. SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE CURITIBA
Av. Marechal Floriano Peixoto, 2509
Em mãos

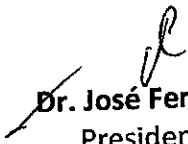
Prezados Diretores:

A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), fazendo remissão à correspondência enviada em Agosto de 2010 reitera a solicitação para formalização de negociação sobre a situação dos honorários médicos, a adoção da tabela CBHPM e a regularização dos contratos firmados com base na Resolução nº 71/2004 da ANS.

Na segura convicção de que a negociação direta é a melhor saída para presente situação aguardamos sua manifestação formal sobre o tema e a conseqüente marcação de uma reunião, impreterivelmente até o dia 30 de Maio.

Em anexo Ofício da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Paraná à Comissão Estadual de Honorários Médicos com a pauta de suas propostas e solicitações.

Atenciosamente,


Dr. José Fernando Macedo
Presidente da CEHM

Nome: 
Ass. P.D.A.
Relacionamento com
Procurador
SAÚDE IDEAL

Data: 19-05-2011.



Médico
Profissional
de valor

www.amp.org.br



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



OF/CEHM/Nº017/2011
Curitiba, 11 de maio de 2011.

CÓPIA

À
OURODONT – SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA
Rua Amintas de Barros, 144
Em mãos

Prezados Diretores:

A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), fazendo remissão à correspondência enviada em Agosto de 2010 reitera a solicitação para formalização de negociação sobre a situação dos honorários médicos, a adoção da tabela CBHPM e a regularização dos contratos firmados com base na Resolução nº 71/2004 da ANS.

Na segura convicção de que a negociação direta é a melhor saída para presente situação aguardamos sua manifestação formal sobre o tema e a conseqüente marcação de uma reunião, impreterivelmente até o dia 30 de Maio.

Em anexo Ofício da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Paraná à Comissão Estadual de Honorários Médicos com a pauta de suas propostas e solicitações.

Atenciosamente,


Dr. José Fernando Macedo
Presidente da CEHM

Nome legível:
Ass: D. A. M. E.
Data: 18/05/11



Médico
Profissional
de valor



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



www.amp.org.br

OF/CEHM/Nº018/2011
Curitiba, 11 de maio de 2011.

CÓPIA

À
UNÍCLINICAS PLANOS DE SAÚDE LTDA
Rua Marechal Deodoro, 60
Em mãos

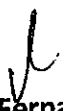
Prezados Diretores:

A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), fazendo remissão à correspondência enviada em Agosto de 2010 reitera a solicitação para formalização de negociação sobre a situação dos honorários médicos, a adoção da tabela CBHPM e a regularização dos contratos firmados com base na Resolução nº 71/2004 da ANS.

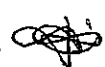
Na segura convicção de que a negociação direta é a melhor saída para presente situação aguardamos sua manifestação formal sobre o tema e a conseqüente marcação de uma reunião, impreterivelmente até o dia 30 de Maio.

Em anexo Ofício da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Paraná à Comissão Estadual de Honorários Médicos com a pauta de suas propostas e solicitações.

Atenciosamente,


Dr. José Fernando Macedo
Presidente da CEHM

Nome legível: Tatiane S. Lima

Ass: 

Data: 20/5/2011



Médico
Profissional
de valor

www.amp.org.br



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



OF/CEHM/Nº019/2011
Curitiba, 26 de maio de 2011.

Ilmo Sr.
Mauro Pereira
Presidente da ASSEPAS
Superintendente Estadual da UNIDAS-PR

CÓPIA

Prezado Dr. Mauro Pereira

Em reunião realizada na manhã do dia 24 de Maio, contando com a presença de representantes da Associação Médica do Paraná, Conselho Regional de Medicina do Paraná, Sindicato dos Médicos do Paraná e dos Presidentes das Sociedades de Especialidades Médicas foi analisada a proposta de reajuste oferecida.

A proposta não foi aceita por unanimidade, pois o valor do reajuste proposto foi considerado inconciliável com os direitos e necessidades da classe.

Assim sendo, questiona-se a possibilidade de que a UNIDAS delibere sobre a possibilidade da formalização de nova proposta que contemple as solicitações dos profissionais médicos já amplamente apresentadas e justificadas nas reuniões prévias. A esperada proposta terá obrigatoriamente de levar em conta a perda do valor real de remuneração, a adoção das cláusulas de reajuste obrigatórias com um índice referencial já definido, e, na hipótese de inviabilidade do reajuste total imediato de consultas, um plano de escalonamento para atingir valores que, doravante possam garantir e assegurar a dignidade dos profissionais.

Atenciosamente,

Dr. José Fernando Macedo
Presidente da Comissão Estadual de Honorários Médicos

Marjane R. Castro

27/05/2011

PROTOCOLO

Nome Legível: _____

Data: ____/____/____

Assinatura



www.amp.org.br

Médico
Profissional
de valor



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



OF/CEHM/Nº020/2011
Curitiba, 26 de maio de 2011.

À
FENASAÚDE – FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Curitiba/PR

CÓPIA

Prezados Diretores:

A Comissão Estadual de Honorários Médicos formaliza a presente solicitação de negociação sobre a situação dos honorários médicos, a adoção da tabela CBHPM e a regularização dos contratos firmados com base na Resolução nº 71/2004 da ANS.

Na segura convicção de que a negociação direta é a melhor saída para presente situação, aguardamos sua manifestação formal sobre o tema e a conseqüente marcação de uma reunião, impreterivelmente até o dia 06 de junho.

Em anexo, Ofício da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Paraná à Comissão Estadual de Honorários Médicos com a pauta de suas propostas e solicitações.

Atenciosamente,

Dr. José Fernando Macedo
Presidente da Comissão Estadual de Honorários Médicos

PROTOCOLO	
Nome Legível:	<u>Elizabeth</u>
Data:	<u>30.05.2011</u>
Assinatura:	<u>Obs: Será enviado por e-mail p/ R. Janine</u>

(Doc. 04 – Termo de Compromisso Copel)

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente instrumento, de um lado **FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL**, doravante denominada **FUNDAÇÃO COPEL**, inscrita no CNPJ sob o nº 75.054.940/0001-62, neste ato representada na forma de seu Estatuto, por seu Presidente, **HELIO JOSE PIZZATTO**, por seu Diretor Financeiro **JOSÉ CARLOS LOUREIRO**, e por seu Diretor de Administração e Seguridade **ANTONIO SERGIO DE SOUZA GUETTER**, com sede e foro na Rua Treze de Maio, 616, São Francisco, Curitiba/PR, e, por outro lado **ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO PARANÁ**, doravante denominada **AMP**, com sede e foro localizado na Rua Cândido Xavier, nº 575, CEP: 80.240-280, em Curitiba/PR, inscrita no CNPJ/MF nº 76.689.116/0001-41, representada por seu Presidente **JOÃO CARLOS GONÇALVES BARACHO**, **SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ**, doravante denominado **SIMEPAR** inscrito no CNPJ sob o nº 76.904.820/0001-41, representado por seu Presidente **MÁRIO ANTÔNIO FERRARI**, e na qualidade de **ANUENTE** o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ**, inscrito no CNPJ sob o nº 75.060.129/0001-84, representado por seu Presidente **CARLOS ROBERTO GOYTACAZ ROCHA**, considerando:

- A necessidade da construção conjunta de um novo modelo de relacionamento entre operadoras de saúde e médicos, o que vem sendo buscado pelas partes através da criação de um grupo de trabalho que iniciou suas atividades em Dezembro de 2011;

- A necessidade da união de esforços em prol da saúde e bem estar, razão maior da medicina em todos os seus aspectos, dos beneficiários dos Planos de Saúde administrados pela **Fundação Copel**;

RESOLVEM celebrar este TERMO DE COMPROMISSO doravante nominado simplesmente **TERMO**, ajustando entre si as seguintes cláusulas e condições reciprocamente acordadas e aceitas.

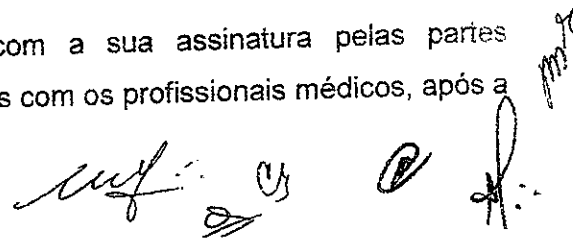
CLÁUSULA PRIMEIRA – DO COMPROMISSO

Para dar exato cumprimento às diretrizes avençadas, as partes comprometem-se a:

I – Fundação Copel

1 – Efetivação do Termo de Compromisso

A efetividade do presente **TERMO** se concretiza com a sua assinatura pelas partes compromissadas. Os novos contratos que serão firmados com os profissionais médicos, após a



assinatura do presente instrumento, contemplarão as cláusulas exigidas pelas normativas da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como o teor do presente **TERMO**.

1.1 Profissionais Descredenciados

Aos profissionais médicos que se descredenciaram nos últimos anos será ofertada a possibilidade de novo credenciamento.

2 - Consultas Médicas e Reajuste

2.1 A Fundação Copel, compromete-se a aplicar, a partir de Janeiro de 2012, o valor de R\$ 70,00 (setenta reais) para as consultas médicas.

2.2 Fica adotado, em conformidade com a Resolução nº 71/2004 da Agência Nacional de Saúde, como índice de reajuste anual para consulta médica o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo acordado o mês de Janeiro como data base.

3 - Honorários Médicos e Reajuste

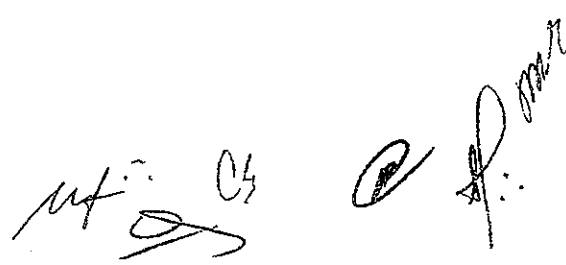
3.1 As partes compromissadas adotam e aplicam o referencial denominado Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) pelo referencial e cronograma abaixo especificados:

- Janeiro de 2012: CBHPM 5ª Edição com deflator de 20% nos portes
- Janeiro de 2013: CBHPM 6ª Edição 2010 com deflator de 10% nos portes
- Julho de 2013: CBHPM 6ª Edição 2010 sem deflator.

3.2 A partir de janeiro de 2014, os honorários médicos constantes da CBHPM em sua Edição 2010, serão reajustados pelo INPC, anualmente, adotando-se o mês de janeiro como data base.

4 - Outras remunerações

4.1 – Para a UNIDADE DE CUSTO OPERACIONAL (UCO), na hipótese de serviços médicos que contemplem a utilização de insumos, conforme previsão da CBHPM fica estabelecida a aplicação do referencial vigente conforme item 3 acima, com redutor de 30% (trinta por cento).



4.2 - Com relação aos valores para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) fica estipulada a livre negociação direta entre a **Fundação Copel** e os profissionais prestadores de serviço, por se tratarem de remunerações estranhas aos atos médicos.

5 – Informativo Médico para Levantamento Epidemiológico

Com o objetivo de desenvolver programas de prevenção de doenças e promoção da saúde através do mapeamento dos perfis epidemiológicos de seus usuários a **Fundação Copel** instituirá o Informativo Médico para Levantamento Epidemiológico.

O fornecimento de dados para fins de levantamento epidemiológico deverá ocorrer mediante documento preenchido pelo médico no momento de realização da consulta contendo:

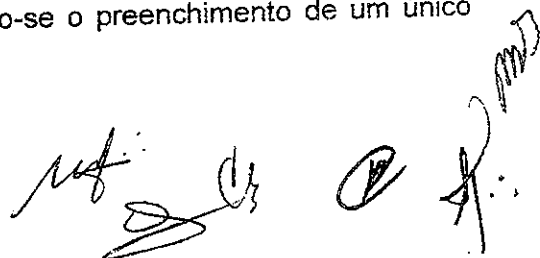
- a) matrícula do paciente;
- b) data do atendimento;
- c) gênero do paciente;
- d) hipóteses diagnósticas;
- e) prognósticos para os próximos meses;
- f) encaminhamentos.

No primeiro semestre de 2012, os dados deverão ser preenchidos em formulário próprio e encaminhados em envelope lacrado à **Fundação Copel**, aos cuidados do Médico Responsável Técnico da Fundação Copel, juntamente com as guias e faturas relativas aos serviços prestados. O formulário a ser preenchido estará disponível no site da **Fundação Copel**.

Os dados deverão ser preenchidos eletronicamente, a partir do segundo semestre de 2012, em página específica dentro do site da **Fundação Copel**, protegido por senha individualizada.

O teor dos dados fornecidos no Informativo Médico para Perfil Epidemiológico é confidencial podendo ser utilizado apenas pelo médico responsável técnico da **Fundação Copel**, que deve guardar os preceitos éticos de sua profissão, utilizando os dados apenas e tão somente para fins de levantamento epidemiológico.

O preenchimento do documento Informativo Médico para Perfil Epidemiológico é voluntário e remunerado especificamente no valor de R\$ 10,00 (dez reais) pela **Fundação Copel** ao médico assistente, por documento preenchido, observando-se o preenchimento de um único documento por consulta realizada.



6 - Agilização do Pagamento

A **Fundação Copel** compromete-se a reestruturar os processos de pagamento, de forma a simplificá-los e agilizá-los, atendendo a legislação vigente e as características operacionais das partes, buscando a meta de pagamento no prazo de 07 dias úteis, desde que a documentação correspondente seja entregue nos prazos estipulados pela **Fundação Copel**.

II - Associação Médica do Paraná

1. Representatividade da Negociação

Cabe à **Associação Médica do Paraná - AMP** e ao **Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná - SIMEPAR** atuar junto aos profissionais Médicos do Estado do Paraná, para que eles atendam regularmente os beneficiários da **Fundação Copel**, sem existir nenhum tipo de restrição, durante a vigência do presente acordo.

2. Condução Ética

A **AMP** envidará esforços em conjunto com o Conselho Regional de Medicina - CRM-PR, de forma a promover e fomentar a conduta ética junto das relações entre médicos, pacientes e a própria **Fundação Copel**.

3. Programa de Auxílio à Câmara Técnica da Fundação Copel

Visando contribuir para a construção de uma Medicina racional, sempre balizada pelos protocolos de medicina e, portanto, praticada com atenção ao paciente e as melhores formas de tratamento, a **Associação Médica do Paraná** através de suas Sociedades de Especialidade cria o Programa de Auxílio às Câmaras Técnicas de Operadoras de Saúde.

Na hipótese de dúvidas sobre determinada atuação médica a **Fundação Copel** poderá formular questionamentos à **AMP** que firmará pareceres – através de ofício - descrevendo se a conduta questionada está em conformidade com os protocolos de medicina da especialidade, em até 60 (sessenta) dias contados da data de recebimento do questionamento enviado pela **Fundação Copel**, a ser protocolado na sede da **Associação Médica**.

O questionamento só será aceito e o parecer formulado se não houver divulgação dos nomes, seja do médico ou do(s) paciente(s), permitindo a formulação de um parecer isento, concentrado apenas e tão somente na questão médica;

[Handwritten signatures and initials]

III- Do Prazo

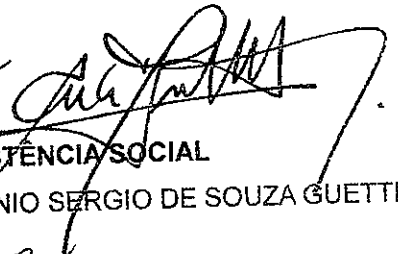
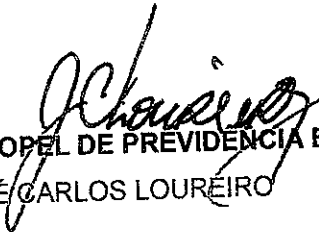
O **TERMO**, após assinado, terá validade por 04 anos, podendo ser revisto a qualquer tempo, ocorrendo alterações econômicas e financeiras relevantes, supervenientes e devidamente comprovadas que prejudiquem a continuidade dos termos compromissados.

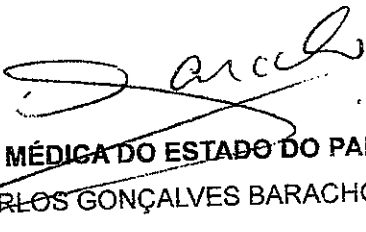
IV – Composição Amigável – Ação Civil Pública

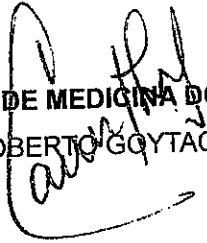
As condições gerais do presente termo serão apresentadas à Justiça do Trabalho, por petição conjunta, nos autos de Ação Civil Pública nº 35282-2010-012-09-00-7 (numeração CNJ 0001485-76.2010.5.09.0012) em trâmite perante a 12ª Vara do Trabalho de Curitiba, postulando-se a homologação de seus termos, com fulcro no art. 269, III, do CPC, ante a presente composição amigável. Com a homologação, a demanda prosseguirá com a exclusão da **Fundação Copel** do pólo passivo da referida ação.

E, estando **Fundação Copel**, **AMP** e **SIMEPAR** de acordo com as condições aqui estabelecidas é o presente assinado em 04 (quatro) vias de igual teor e forma perante as testemunhas abaixo, obrigando as partes para todos os fins de direito.

Curitiba, 17 de janeiro de 2012.


FUNDÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
HELIO JOSÉ PIZZATTO JOSÉ CARLOS LOUREIRO ANTONIO SERGIO DE SOUZA GUETTER


ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO PARANÁ
JOÃO CARLOS GONÇALVES BARACHO


CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ
CARLOS ROBERTO GOYTACAZ ROCHA


SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ
MÁRIO ANTÔNIO FERRARI

(Doc. 05 - Resolução ANS)

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 71, DE 17 DE MARÇO DE 2004.

Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto no art. 3º e nos incisos II e IV do art. 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, e no art. 1º, § 2º, da Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961 de 2000, considerando as diretrizes encaminhadas pela Câmara Técnica de Contratualização e contribuições da Consulta Pública nº 16/2003, de 16 de dezembro de 2003, em reunião realizada em 17 de março de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços com profissionais de saúde em consultórios ou com as pessoas jurídicas, mediante instrumentos jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos, no que couber.

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

I – qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS; e

b) registro do profissional de saúde ou da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, 29 de dezembro de 2000;

II – objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo:

a) definição detalhada do objeto;

b) especialidade(s) e/ou serviço(s) contratado(s);

c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e,

d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica - hospitalar, ambulatorial e urgência;

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;

b) definição dos valores dos serviços contratados;

c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;

d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao profissional de saúde ou pessoa jurídica; e

e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV – vigência dos instrumentos jurídicos:

a) prazo de início e de duração do acordado; e

b) regras para prorrogação ou renovação;

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação com vistas à preservação da relação entre profissional de saúde ou pessoa jurídica e paciente, garantindo-se a continuidade do atendimento em outro profissional de saúde ou pessoa jurídica, a saber:

a) antecedência mínima de 60 dias para a notificação da data pretendida para encerramento da prestação de serviço, quando o prazo de vigência acordado for indeterminado;

b) nos casos em que o prazo de vigência acordado for determinado, em situações de descumprimento contratual ou em caso de desinteresse pela renovação, a notificação deverá observar antecedência mínima de 30 dias; e

c) inserção das seguintes obrigações a serem observadas a partir da notificação:

1. manutenção da assistência pelos profissionais de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para encerramento da prestação do serviço;

2. pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada;

3. identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial;

4. comunicação pela operadora aos pacientes identificados na forma do item anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência; e

5. disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente;

VI – informação da produção assistencial, com a obrigação do profissional de saúde ou pessoa jurídica disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961 de 2000; e

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 de 1998 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da Lei nº 9.656 de 1998;

b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com sessenta anos de idade ou mais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;

d) a autorização para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada;

e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e

f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.

Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.

Parágrafo único Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea 'b', do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no *caput* deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no sítio www.datasus.gov.br.

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.



RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº
08 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

(publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04/11/98)

*Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos
e Seguros Privados de Assistência à Saúde.*

[Correlações] [Alterações]

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar,

RESOLVE:

~~Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.~~

~~§ 1º As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos ou seguros privados de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.~~

~~§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor.~~

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos. (Redação dada pela Resolução CONSU nº

15, de 1999).

§ 1º - As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

§ 2º - As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e co-participação, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

§ 3º - Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;

II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;

III - limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;

V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;

~~VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;~~

VI - negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao

acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

IX - Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada. (Incluído dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II - "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que

possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

VI - informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII - estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSE SERRA

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

Correlações da CONSU nº 08, de 1998:

Lei nº 9.656, de 1998

SÚMULA NORMATIVA Nº 2, de 2002

SÚMULA NORMATIVA Nº 3, de 2003

SÚMULA NORMATIVA nº 7, de 27 de junho de 2005

SÚMULA NORMATIVA Nº 10, de 2006

SÚMULA NORMATIVA nº 11, de 20 de agosto de 200

SÚMULA NORMATIVA nº 16, de 13 de abril de 2011

[Voltar]

CONSU nº 08 foi alterada pela:

CONSU nº 15, de 1999

[Voltar]

(DOC. 06 – Respostas ANS)

OF/CEHM/Nº028/2011
Curitiba, 06 de junho de 2011.

À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS

CÓPIA

Ref.- Denúncia contra as operadoras de saúde do Estado do Paraná

A COMISSÃO ESTADUAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO PARANÁ, órgão representativo das entidades médicas, integrada por representantes do Conselho Regional de Medicina, Associação Médica do Paraná e Sindicato dos Médicos do Paraná, vem pela presente expor e solicitar o que vai, na seqüência, alinhavado.

Assim,

No ano passado a CEHM denunciou a essa Agência operadoras de saúde que não possuíam contratos em conformidade com suas Resoluções.

Diante de tal denúncia essa Agência abriu procedimentos administrativos contra as operadoras de saúde cujos contratos estavam em desconformidade.

Informou também que iniciava uma fiscalização pró-ativa de todos os contratos das operadoras de saúde do Paraná, através de um Programa de Monitoramento da Contratualização, identificando contratos irregulares e exigindo a modificação.

Acontece que até o presente momento nenhum contrato foi modificado. A CEHM tem questionado os médicos do Paraná e a situação continua a mesma, os contratos continuam a desrespeitar as determinações das normativas emanadas por essa Agência, mais especificamente as Resoluções 54/2003 e 71/2004.

Assim sendo, serve a presente para solicitar a essa Agência que informe as situações das referidas operadoras denunciadas anteriormente, bem como a situação atual do Programa de Monitoramento da Contratualização, haja vista os médicos do Estado do Paraná ainda laborarem com contratos irregulares.

Cordialmente,

Dr. José Fernando de Macedo
Presidente da Comissão Estadual de Honorários Médicos



Gerência/Diretoria: NUCLEO-PR/SEGER
Protocolo nº: 25782.014544/2011-91
Data: 25/10/2011 Hora: 09:14:58
Assinatura:

Handwritten notes in the top right corner: "Haverá 1 alteração 1" and "Carro 1000".

Ofício nº 1946 NUCLEO-PR/DIFIS/2011

Curitiba, 19 de Outubro de 2011.

COMISSÃO ESTADUAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO PARANÁ
Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde
Curitiba - PR
80240-280

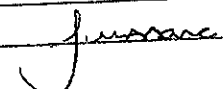
Assunto: Arquivamento do Processo nº 25782.010107/2010-17

Informo que o processo administrativo nº 25782.010107/2010-17, que teve origem em correspondência emitida pela COMISSÃO ESTADUAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO PARANÁ e recebida em 27/08/2010, foi arquivada nesta data, permanecendo a observância do cumprimento da Resolução Normativa 71/2004 para toda a rede de profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviço em consultório da Operadora AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA em apuração no procedimento 33902.367251/2011-28, em trâmite na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Atenciosamente.

Bárbara Kirchner Corrêa Ribas
Especialista em Regulação - Matrícula SIAPE nº 151294-3
NUCLEO-PR
Diretoria de Fiscalização



Gerência/Diretoria: NURAF.PR / DIFIS	
Protocolo nº 25482.011561/2011 - 76	
Data: 01/09/11	Hora: 10:00
Assinatura: 	

Ofício 1629/2011/NÚCLEO DO PARANÁ/ANS

CURITIBA, 30 de Agosto de 2011.

Ao
Dr. José Fernando de Macedo
Presidente da COMISSÃO ESTADUAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO PARANÁ - CEHM
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ - AMP
Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde
CEP. 80240-280- CURITIBA/PR

Assunto: Resposta ao Ofício nº CEHM/nº 028/2011

Senhor(a) Diretor,

Primeiramente, esclarecemos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar possui como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as **operadoras** setoriais - inclusive quanto às suas relações com **prestadores** e **consumidores** - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Em resposta ao questionamento realizado por esse Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por meio do Ofício em referência, e complementando as informações já prestadas no Ofício nº 355/NUCLEO PR/DIFIS/2011 ao Ministério Público Federal, e informações contidas no Despacho nº 125/2010/GERPS/GGISE/DIDES/ANS, com cópias anexas a esse Ofício, esclarecemos que essa Agência Reguladora adotou as seguintes providências para apuração das denúncias encaminhadas pelo CEHM:

1. Operadora **CASSI (Registro ANS nº34665-9):**



1.1. Processo 33902.105227/2010-16 - Representada pela inadequação de instrumentos jurídicos. (**Representação nº 05/DIDES/2011**)

1.2 Processo nº 33902.012850/2006-40 - Retomado o processo administrativo sancionador, uma vez que a operadora declinou do processo de Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta.

1.3. Processo nº 33902.295131/2011-11 (**Programa de Monitoramento da Contratualização**) - Operadora notificada pela inadequação de instrumentos jurídicos. Caso não faça a adequação, será representada.

2. Operadora **FUNDAÇÃO COPEL (Registro ANS nº 35515-1):**

2.1. Processo nº 33902.105242/2010-64 - Representada pela inadequação de instrumentos jurídicos. (**Representação nº 08/GERPS/GGISE/DIDES/2011**);

3. Operadora **FUNDAÇÃO ITAÚ (Registro ANS nº 31212-6):**

3.1. Processo nº 33902.105234/2010-62 - A operadora adequou os instrumentos jurídicos da amostra.

4. Operadora **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE (Registro ANS nº 00614-6):**

4.1. Processo nº 33902.098170/2010-91- Representada pela inadequação de instrumentos jurídicos (**Representação nº 23/GERPS/GGISE/DIDES/2011**);

4.2. Processo nº 33902.474506/2011-16 (**Programa de Monitoramento da Contratualização**) - Operadora Notificada pela inadequação dos instrumentos jurídicos. Caso não faça a adequação, será representada.

5. Operadora **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL (Registro ANS nº 32630-5):**

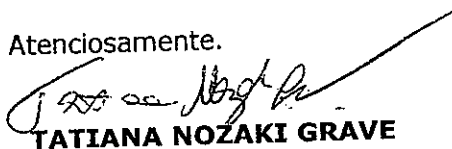
5.1. Processo nº 33902.105222/2010-93 - Representada pela inadequação de instrumentos jurídicos (**Representação nº 7/GERPS/GGISE/DIDES/2011**)

- 5.2. Processo nº 25782.010107/2010-14 - Representada pelo não envio de instrumentos jurídicos (**Representação nº 1/GERPS/GGISE/DIDES/2011**)
- 5.3. Processo nº 33902.029879/2010-47 - Negociando Termo de Ajuste de Conduta (TCAC). Caso as Minutas dos instrumentos jurídicos sejam aprovadas, a operadora adequará a totalidade de instrumentos da sua rede.

Portanto, esclarecemos que essa Autarquia está adotando as providências administrativas necessárias para averiguação da contratualização com os prestadores de serviços pelas Operadoras de planos de saúde, sendo aplicadas as sanções cabíveis, quando comprovada infração a Lei nº 9656/98 e respectiva regulamentação.

Nos colocamos à disposição para os demais esclarecimentos que julgar necessários.

Atenciosamente.



TATIANA NOZAKI GRAVE

Chefe de Nucleo – Matrícula SIAPE nº 1512945
NUCLEO.PR
SEGER/DICOL
AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

GERPS/GGISE/DIDES/ANS

Protocolo n.º 33902.221528/2010-96

Data:

Hora:

Assinatura:

Despacho de Expediente nº 125/2010/GERPS/GGISE/DIDES/ANS

Rio de Janeiro, 24 de setembro de 2010.

Assunto: **Contratualização com rede de prestadores.**

Ao NÚCLEO - PR

Em atenção ao Despacho nº 892/NUCLEO-PR/DIFIS/2010, datado de 16 de setembro de 2010, o qual solicita desta Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS) posicionamento quanto às cláusulas de reajuste nos contratos firmados com as operadoras **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - CASSI, FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ e SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, além da informação de trâmite, nesta GERPS, de processo administrativo em nome da última Operadora citada, temos a esclarecer o seguinte:

1. Da análise das cláusulas de reajuste estabelecidas nos instrumentos jurídicos enviados pela Comissão Estadual de Honorários Médicos do Paraná, informamos que todas estão em desconformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 71/04;
2. A operadora **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI)** tem processo para análise da contratualização através do processo sancionador nº 33902.012850/2006-40, no qual, houve autuação pela não adequação dos instrumentos jurídicos com a rede de prestadores. No entanto, a Operadora não quis firmar Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC - para reparação da conduta, uma vez considerar que a sua cláusula de reajuste atende ao disposto nas normas de contratualização (RN 42/03, 54/03 e 71/04). Ante ao exposto, para todos os instrumentos jurídicos da CASSI, analisados e que não estiverem com a cláusula de reajuste adequada, após a Notificação, a GERPS enviará

[Assinatura]

- Representação à DIFIS, conforme determina o art. 8º da Resolução Normativa nº 48/03;
3. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL tem o processo nº 33902.105242/2010-64, o qual foi aberto para análise dos instrumentos jurídicos com prestadores de SADT (RN 54/03). A Operadora foi notificada, em razão dos instrumentos jurídicos não estarem adequados. Caso não faça a adequação, será Representada;
 4. A PASS (Fundação Itaú) tem o processo nº 33902.105235/2010-62, o qual foi aberto para análise dos instrumentos jurídicos com prestadores de SADT (RN 54/03). A Operadora foi notificada, em razão dos instrumentos jurídicos não estarem adequados. Caso não faça a adequação, será Representada;
 5. As operadoras SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A, registro ANS nº 000043 e SUL AMÉRICA SERVIÇOS MÉDICOS S/A, registro ANS nº 400289 tem processo de ajuste de conduta junto à GGARE/DIFIS para adequação dos instrumentos jurídicos com a rede de prestadores. Os representantes da Operadora se reunirão com a GERPS/GGISE e com a GGARE/DIFIS, em 28/09/2010, na sede da ANS, para apresentar a proposta final para adequação dos instrumentos jurídicos com a sua rede de prestadores. Destaca-se que não há na GGARE/DIFIS processos sancionador/ajuste de conduta para a operadora SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, registro ANS nº 006246, para a contratualização, conforme e-mail, às fls.187 dos autos. Caso as propostas de Minutas de Instrumentos Jurídicos, apresentadas pela SUL AMÉRICA, sejam aprovadas pela GERPS, a GGARE/DIFIS irá estabelecer um prazo para adequação de todos os instrumentos jurídicos firmados com a rede de prestadores.

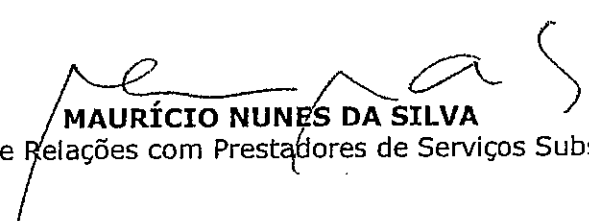
Cabe ressaltar que qualquer prestador pode enviar instrumento jurídico à GERPS para verificar adequação às normas de contratualização.

Em razão dos instrumentos jurídicos enviados pela Comissão não estarem com a identificação dos prestadores, precisaremos oficial as operadoras FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL e PASS (Fundação Itaú) para solicitarmos amostras de contratos firmados profissionais de saúde, conforme disposto na RN 71/04.

Independentemente das ações adotadas pela GERPS para que as operadoras estabeleçam critérios de reajuste com clareza e objetividade nos contratos firmados com os profissionais de saúde, a ANS criou, no início deste ano, o Grupo de Trabalho de Honorários Médicos. O GT é composto por representantes de entidades médicas e por representantes de operadoras e visa a debater critérios técnicos a serem adotados na hierarquização dos procedimentos médicos, tomando como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB), bem como a discutir critérios de reajuste para a recomposição do ganho médico.

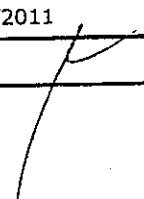
Por fim, informamos que como forma de monitorar, acompanhar e avaliar de forma proativa os instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços ao que dispõem as Resoluções Normativas nº 42/03, 54/03 e 71/04, a ANS iniciou, em junho do corrente ano, o **Programa de Monitoramento da Contratualização**. O Programa irá cobrir todos os estados da federação com a análise dos contratos firmados entre as operadoras médicas e odontológicas com seus hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios. As operadoras que não adequarem seus instrumentos jurídicos ao que dispõem as normas de contratualização poderão ser multadas, conforme determina o art. 43 da Resolução Normativa nº 124/06.

Atenciosamente,



MAURÍCIO NUNES DA SILVA
Gerente de Relações com Prestadores de Serviços Substituto

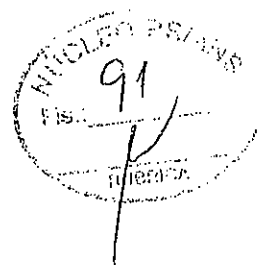


Gerência/Diretoria: NUCLEO-PR/DIFIS	
Protocolo nº: 25782.002365/2011-19	
Data: 23/02/2011	Hora: 15:12:55
Assinatura: 	

Ofício nº 355 NUCLEO-PR/DIFIS/2011

Curitiba, 23 de Fevereiro de 2011.

A Sua Senhoria a Senhora
Dra. Antonia Lélia Neves Sanches
Procuradora da República
Ministério Público Federal
Rua Marechal Deodoro, 933 - Centro
Curitiba - PR
CEP 80060-101



Assunto: **PA 1.25.000.002615/2010-26**

Senhora Procuradora da República,

Em atendimento ao disposto no Ofício 898/2011-Saúde/PR esclarecemos o que segue:

I – Procedimentos Administrativos abertos por solicitação da CEHM

A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM) apresentou demandas a esta autarquia especial, conforme abaixo especificamos, esclarecendo as condutas adotadas:

1. PROCESSO Nº: 25782.009434/2010-26

OPERADORAS: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, CNPJ sob o nº 33.719.485/0001-27, ANS 34665-9

FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, CNPJ sob o nº 75.054.940/0001-62, ANS 35515-1

FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ, CNPJ sob o nº 73.809.352/0003-28, ANS 31212-6

SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, CNPJ sob o nº 01.685.053/0001-56, ANS 00624-6.

Despacho nº 125/2010/GERPS/GGISE/DIDES/ANS, datado de 27/09/2010, com os seguintes apontamentos:

Em atenção ao Despacho nº 892/NUCLEO-PR/DIFIS/2010, datado de 16 de setembro de 2010, o qual solicita desta Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS) posicionamento quanto às cláusulas de reajuste nos contratos firmados com as operadoras

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - CASSI, FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ e SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, além da informação de trâmite, nesta GERPS, de processo administrativo em nome da última Operadora citada, temos a esclarecer o seguinte:

1. Da análise das cláusulas de reajuste estabelecidas nos instrumentos jurídicos enviados pela Comissão Estadual de Honorários Médicos do Paraná, informamos que todas estão em desconformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 71/04;
2. A operadora CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI) tem processo para análise da contratualização através do processo sancionador nº 33902.012850/2006-40, no qual, houve autuação pela não adequação dos instrumentos jurídicos com a rede de prestadores. No entanto, a Operadora não quis firmar Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC - para reparação da conduta, uma vez considerar que a sua cláusula de reajuste atende ao disposto nas normas de contratualização (RN 42/03, 54/03 e 71/04). Ante ao exposto, para todos os instrumentos jurídicos da CASSI, analisados e que não estiverem com a cláusula de reajuste adequada, após a Notificação, a GERPS enviará Representação à DIFIS, conforme determina o art. 8º da Resolução Normativa nº 48/03;
3. A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL tem o processo nº 33902.105242/2010-64, o qual foi aberto para análise dos instrumentos jurídicos com prestadores de SADT (RN 54/03). A Operadora foi notificada, em razão dos instrumentos jurídicos não estarem adequados. Caso não faça a adequação, será Representada;
4. A PASS (Fundação Itaú) tem o processo nº 33902.105235/2010-62, o qual foi aberto para análise dos instrumentos jurídicos com prestadores de SADT (RN 54/03). A Operadora foi notificada, em razão dos instrumentos jurídicos não estarem adequados. Caso não faça a adequação, será Representada;
5. As operadoras SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A, registro ANS nº 000043 e SUL AMÉRICA SERVIÇOS MÉDICOS S/A, registro ANS nº 400289 tem processo de ajuste de conduta junto à GGARE/DIFIS para adequação dos instrumentos jurídicos com a rede de prestadores. Os representantes da Operadora se reuniram com a GERPS/GGISE e com a GGARE/DIFIS, em 28/09/2010, na sede da ANS, para apresentar a proposta final para adequação dos instrumentos jurídicos com a sua rede de prestadores. Destaca-se que não há na GGARE/DIFIS processos sancionador/ajuste de conduta para a operadora SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, registro ANS nº 006246, para a contratualização, conforme e-mail, às fls.187 dos autos. Caso as propostas de Minutas de Instrumentos Jurídicos, apresentadas pela SUL AMÉRICA, sejam aprovadas pela GERPS, a GGARE/DIFIS irá estabelecer um prazo para adequação de todos os instrumentos jurídicos firmados com a rede de prestadores.

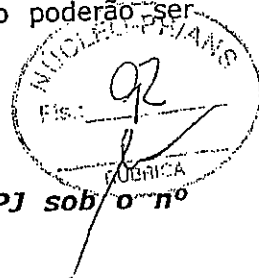
Cabe ressaltar que qualquer prestador pode enviar instrumento jurídico à GERPS para verificar a adequação às normas de contratualização.

Em razão dos instrumentos jurídicos enviados pela Comissão não estarem com a identificação dos prestadores, precisaremos oficial as operadoras FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL e PASS (Fundação Itaú) para solicitarmos amostras de contratos firmados com profissionais de saúde, conforme disposto na RN 71/04.

Independentemente das ações adotadas pela GERPS para que as operadoras estabeleçam critérios de reajuste com clareza e objetividade nos contratos firmados com os profissionais de saúde, a ANS criou, no início deste ano, o Grupo de Trabalho de Honorários Médicos. O GT é composto por representantes de entidades médicas e por representantes de operadoras e visa a debater critérios técnicos a serem adotados na hierarquização dos procedimentos médicos, tomando como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB), bem como a discutir critérios de reajuste para a recomposição do ganho médico.

Por fim, informamos que como forma de monitorar, acompanhar e avaliar de forma pró-ativa os instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços

ao que dispõem as Resoluções Normativas nº 42/03, 54/03 e 71/04, a ANS iniciou, em junho de 2010, o **Programa de Monitoramento da Contratualização**. O Programa irá cobrir todos os estados da federação com a análise dos contratos firmados entre as operadoras médicas e odontológicas com seus hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios. As operadoras que não adequarem seus instrumentos jurídicos ao que dispõem as normas de contratualização poderão ser multadas, conforme determina o art. 43 da Resolução Normativa nº 124/06.



2. PROCESSO Nº: 25782.010107/2010-17

OPERADORA: **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., CNPJ sob o nº 29.309.127/0001-79, ANS 32630-5**

Em 2 de fevereiro de 2011, enviamos o Ofício nº 53/2011/GERPS/GERPS/GGISE/DIDES/ANS, solicitando que a AMIL enviasse 5 (cinco) instrumentos jurídicos firmados com os profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios. Solicitamos as amostras para verificar se os instrumentos têm cláusula de reajuste (critérios de reajuste, contendo forma e periodicidade), conforme dispõe a alínea c do inciso VII do Parágrafo Único do art. 2º da Resolução Normativa nº 71, de 17 de março de 2004. Caso as cláusulas estejam em desacordo com a norma, Notificaremos a operadora para que providencie a devida adequação, caso não o faça, encaminharemos Representação à DIFIS para que aplique a penalidade prevista no art. 43 da RN nº 124/06.

Insta frisar que a operadora AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A, registro ANS nº 32630-5, está em processo de negociação de Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC para adequar os instrumentos jurídicos firmados com a sua rede de prestadores, conforme artigo 29 da Lei 9.656/1998. Caso as Minutas enviadas pela operadora sejam aprovadas por esta GERPS, será assinado o TCAC com o compromisso de adequação de 100% dos instrumentos firmados com a rede de prestadores.

II – Esclarecimentos Adicionais

Esclarecemos que hoje não há norma legal ou infralegal que atribua a este órgão regulador a definição de valores dos serviços, procedimento, insumos etc na relação entre operadoras com a sua rede de prestadores. Isto é definido através da negociação entre as partes. Existem, todavia, normas que estabelecem os critérios mínimos a serem fixados nos instrumentos jurídicos entre as operadoras e prestadores, dentre as cláusulas obrigatórias estão – a definição dos valores dos serviços contratos e adoção de critério de reajuste, contendo forma e periodicidade:

- o Resolução Normativa nº 42, de 04 de julho de 2003 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e **“prestadores de serviços hospitalares”**;
- o Resolução Normativa nº 54, de 28 de novembro de 2003 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e **“prestadores de SADT e clínicas ambulatoriais”**;
- o Resolução Normativa nº 71, de 17 de março de 2004 - Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e **“profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios”**.

Estabelecer critério de reajuste, conforme citado anteriormente, é obrigatório nos instrumentos jurídicos. As operadoras que não o fizerem serão sancionadas pelo art. 43 da RN nº 124/06.

Independentemente das ações adotadas para que as operadoras estabeleçam critérios de reajuste com clareza e objetividade nos contratos firmados com os profissionais de saúde,

a ANS criou, no início de 2010, o Grupo de Trabalho de Honorários Médicos. O GT é composto por representantes de entidades médicas e por representantes de operadoras e visa a debater critérios técnicos a serem adotados na hierarquização dos procedimentos médicos, tomando como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB), bem como a discutir critérios de reajuste para a recomposição do ganho médico.

Importante esclarecer, ainda, que a ANS adota como entendimento a obrigatoriedade de reembolso integral dos valores eventualmente despendidos em caráter particular para os beneficiários que possuam contrato de assistência à saúde atrelado a rede credenciada, quando não houver prestador disponível na rede ofertada pela Operadora contratada.

Nas demandas envolvendo cobertura assistencial a ANS utiliza o mecanismo da Notificação de Investigação Preliminar, conforme Resolução Normativa 226/2010 (documento anexo), estimulando a reparação voluntária e eficaz dos danos causados por condutas relacionadas a este tema, antes da abertura de procedimento administrativo sancionador.

Destacamos, ainda, que a questão da Suficiência de Rede está em Consulta Pública até o dia 09/03/2011 (documento anexo), sendo importante destacar que a proposta de normativo assegura que, independentemente da relação entre as operadoras e prestadoras, as operadoras deverão manter a suficiência para garantir atendimento dentro do que foi contratado pelo beneficiário, com rede própria ou não. Nos termos contidos na minuta do normativo proposto, a Operadora que não possuir prestadores vinculados deverá arcar com os ônus decorrentes para assegurar o atendimento demandado pelos beneficiários.

Atenciosamente

Carlos Gabriel Surjus
Chefe de NÚCLEO – Matrícula SIAPE nº 151294-3
~~NUCLEO-PR~~
Diretoria de Fiscalização

Gerência/Diretoria: NÚCLEO-PR/SEGER/DICOL/ANS

Protocolo nº 25782. 602529 /2013- 61

Data: 28 /02 /2013 Horas: 15:41

Assinatura: _____

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Núcleo Paraná
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 373, conj. 902, Centro.
CEP: 80.410-180 Curitiba-PR
Telefones: (41) 3223-0880 / 3225-2877
Fax: (41) 3223-0644

Ofício nº 005/2013/NÚCLEO-PR/SEGER/DICOL/ANS

Curitiba, 28 de fevereiro de 2013.

Ao Senhor
Adelino Ribeiro
Deputado Estadual.

Assembléia Legislativa do Paraná
Nossa Senhora da Salette - S/N - Centro Cívico Térreo.
Curitiba - PR
80530-911

Assunto: Comissão Parlamentar de Inquérito -CPI dos planos de Saúde

Prezado Senhor

Em Resposta ao ofício nº10/2013 informamos que sua solicitação foi encaminhada ao setor competente dessa Autarquia para manifestação no caso Diretoria Adjunta da Diretoria de Fiscalização-DIFIS.

Sem mais para o momento, aproveito o ensejo para renovar protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,


Tatiana Nozaki Grave
Matrícula SIAPE nº 1512945
Chefe - NURAF-PR
Diretoria de Fiscalização



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 01/2013

Curitiba, 06 de fevereiro de 2013.

INTIMAÇÃO

Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** o senhor JOÃO CARLOS GONÇALVES BARACHO, Presidente da Associação Médica do Paraná, para comparecer na data de 19 de fevereiro de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Recebido
14.02.13



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 01/2013

Curitiba, 06 de fevereiro de 2013.

INTIMAÇÃO

Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** o senhor JOÃO CARLOS GONÇALVES BARACHO, Presidente da Associação Médica do Paraná, para comparecer na data de 19 de fevereiro de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

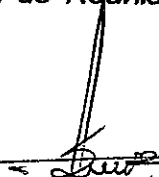
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 02/2013

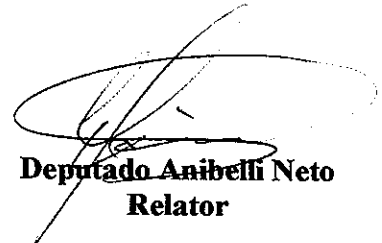
Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

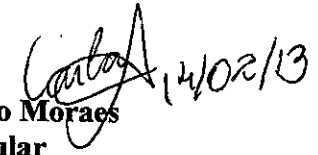
CONVITE

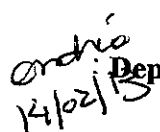
Excelentíssimo Senhor Deputado, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia **19 de fevereiro**, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

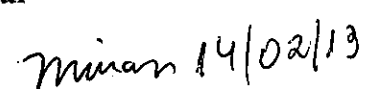

Deputado Adelino Ribeiro
Presidente

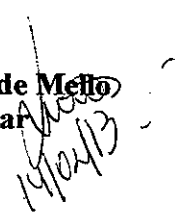
Ciente:

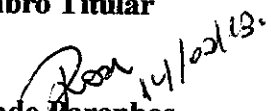

Deputado Anibelli Neto
Relator


Deputado Mauro Moraes
Membro Titular


Deputado Estephanes Junior
Membro Titular


Deputado Douglas Fabricio
Membro Titular


Deputado Péricles de Mello
Membro Titular


Deputado Paranhos
Membro Titular



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 03/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Anibelli Neto, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.



Deputado Adelino Ribeiro
Presidente



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

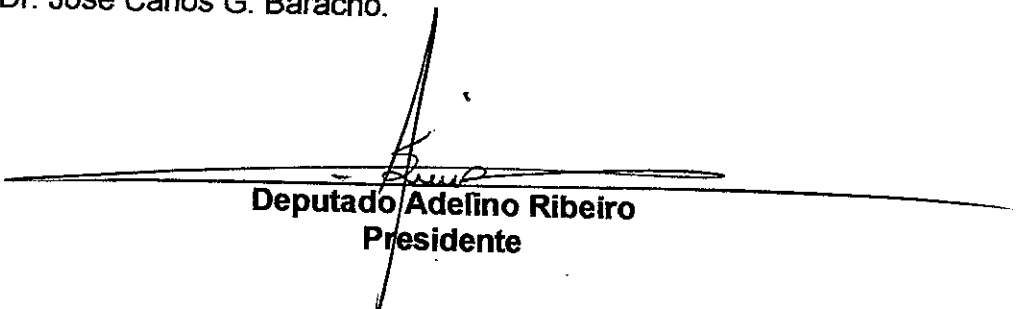
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 04/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Estephanes Junior, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.


Deputado Adelino Ribeiro
Presidente

Ofício nº 0041/DIRAD/DIFIS/2013

Assinatura: Débora Coelho

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2013.

À Sua Senhoria o Senhor

ADELINO RIBEIRO

Deputado

Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Praça Nossa Senhora de Salete s/n – Curitiba/PR

CEP: 80530-911

Assunto: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Referência Ofício nº 19/2013

Ilustríssimo Senhor Deputado,

Com meus cordiais cumprimentos, faço menção ao Ofício em referência, documento através do qual essa Assembléia Legislativa Estadual intimou a Chefe do Núcleo da ANS no estado do Paraná, Sra. Tatiana Nozaki Grave, a comparecer a essa Casa Legislativa com o propósito de prestar depoimento perante Comissão Parlamentar de Inquérito.

Inicialmente, faz-se necessário destacar que na mesma data designada pela CPI em questão a servidora acima citada estará na sede desta ANS, no Rio de Janeiro, a fim de participar do Fórum Extraordinário de Gestão da Diretoria de Fiscalização, a ser realizado nos dias 02 e 03 de abril do corrente ano.

Tal evento é de vital importância para esta Agência Reguladora, eis que será discutido o novo modelo para apuração das denúncias encaminhadas a este órgão, buscando ainda mais eficiência e celeridade processual.

O modelo a ser debatido é fruto de Grupo de Trabalho, criado no âmbito da Diretoria de Fiscalização, através da Portaria nº 01, de 11 de janeiro de 2013, que encerrou suas atividades na data de 28 de março do corrente ano, dentro do prazo previsto, face à urgência do tema.

Tendo em vista se tratar de uma mudança radical na fiscalização desempenhada por esta ANS e considerando que ainda há um grande volume de passivo processual a ser analisado nos moldes até hoje vigentes, será realizado Concurso Público para contratação de 200 servidores temporários, conforme anunciado pelo próprio Ministro da Saúde, havendo, por óbvio, necessidade de se discutir todas as implicações e impactos que ocorrerão tanto na sede como nos próprios Núcleos em razão do advento dos novos colaboradores, como espaço físico, sistema de informática, dentre outros.

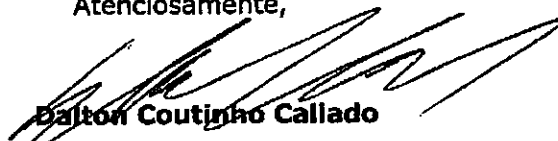
Diante do exposto, cabe ressaltar que esta autarquia reconhece e respeita a instituição da referida CPI. Outrossim, não refutamos, em momento algum, o dever funcional desta Agência de prestar informações e contribuir com o trabalho dessa Casa Legislativa

Assim, Inobstante a importância da intimação bem como da própria CPI em questão, em razão da situação acima descrita, sirvo-me do presente para solicitar (i) a alteração da data para depoimento e (ii) disponibilizo, desde já, que na nova data a ser designada compareça também outro representante de área técnica responsável desta ANS, a fim de acompanhar a servidora em questão e fornecer melhores subsídios relativos à atuação deste órgão regulador.

Sem mais para o momento, permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos julgados necessários.

Aproveito o ensejo para renovar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Dalton Coutinho Callado
Diretor Adjunto de Fiscalização
Diretoria de Fiscalização

CÓPIA



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 19/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

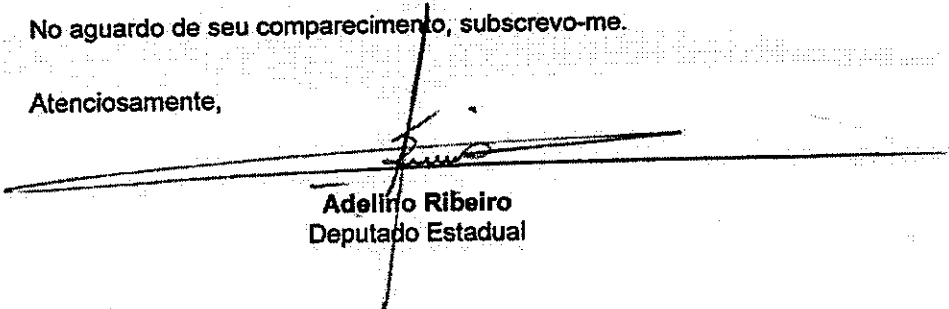
Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora **TANIA NOZAKI GRAVE**, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 02 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional de
Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18

ANS NUCLEO PR 25/MAR/2013 15:10 002127

CÓPIA



**Assembleia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Antônio Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 19/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

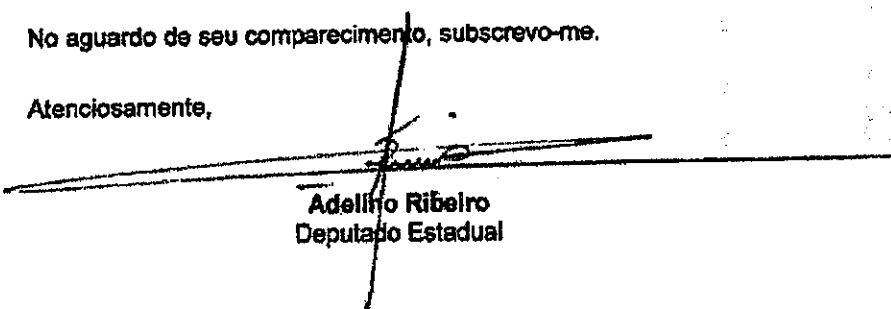
Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente INTIMAR a senhora TANIA NOZAKI GRAVE, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 02 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelfino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional de
Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18

ANS NUCLEO PR 25/MAR/2013 15:10 002127

Ofício nº 0041/DIRAD/DIFIS/2013

Assinatura: Débora Coelho

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2013.

À Sua Senhoria o Senhor

ADELINO RIBEIRO

Deputado

Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Praça Nossa Senhora de Salete s/n – Curitiba/PR

CEP: 80530-911

Assunto: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Referência Ofício nº 19/2013

Ilustríssimo Senhor Deputado,

Com meus cordiais cumprimentos, faço menção ao Ofício em referência, documento através do qual essa Assembléia Legislativa Estadual intimou a Chefe do Núcleo da ANS no estado do Paraná, Sra. Tatiana Nozaki Grave, a comparecer a essa Casa Legislativa com o propósito de prestar depoimento perante Comissão Parlamentar de Inquérito.

Inicialmente, faz-se necessário destacar que na mesma data designada pela CPI em questão a servidora acima citada estará na sede desta ANS, no Rio de Janeiro, a fim de participar do Fórum Extraordinário de Gestão da Diretoria de Fiscalização, a ser realizado nos dias 02 e 03 de abril do corrente ano.

Tal evento é de vital importância para esta Agência Reguladora, eis que será discutido o novo modelo para apuração das denúncias encaminhadas a este órgão, buscando ainda mais eficiência e celeridade processual.

O modelo a ser debatido é fruto de Grupo de Trabalho, criado no âmbito da Diretoria de Fiscalização, através da Portaria nº 01, de 11 de janeiro de 2013, que encerrou suas atividades na data de 28 de março do corrente ano, dentro do prazo previsto, face à urgência do tema.

Tendo em vista se tratar de uma mudança radical na fiscalização desempenhada por esta ANS e considerando que ainda há um grande volume de passivo processual a ser analisado nos moldes até hoje vigentes, será realizado Concurso Público para contratação de 200 servidores temporários, conforme anunciado pelo próprio Ministro da Saúde, havendo, por óbvio, necessidade de se discutir todas as implicações e impactos que ocorrerão tanto na sede como nos próprios Núcleos em razão do advento dos novos colaboradores, como espaço físico, sistema de informática, dentre outros.

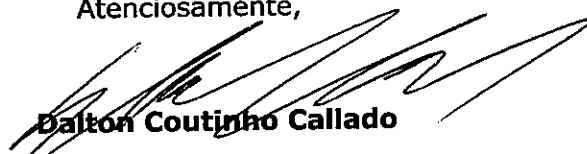
Diante do exposto, cabe ressaltar que esta autarquia reconhece e respeita a instituição da referida CPI. Outrossim, não refutamos, em momento algum, o dever funcional desta Agência de prestar informações e contribuir com o trabalho dessa Casa Legislativa

Assim, inobstante a importância da intimação bem como da própria CPI em questão, em razão da situação acima descrita, sirvo-me do presente para solicitar (i) a alteração da data para depoimento e (ii) disponibilizo, desde já, que na nova data a ser designada compareça também outro representante de área técnica responsável desta ANS, a fim de acompanhar a servidora em questão e fornecer melhores subsídios relativos à atuação deste órgão regulador.

Sem mais para o momento, permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos julgados necessários.

Aproveito o ensejo para renovar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Dalton Coutinho Callado
Diretor Adjunto de Fiscalização
Diretoria de Fiscalização

2012	6/7/2012 00:00	25782.003339/2011-08	1067835	Em Cobrança	Multa Pecuniária	416428	SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	80000	0	
2012	20/1/2012 00:00	25782.014924/2010-44	1068362	Arquivado	Improcedência	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0	
2012	13/4/2012 00:00	25782.001397/2011-99	1076494	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	72000	0	
2012	6/11/2012 00:00	25782.005179/2011-23	1078717	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	416428	SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	57600	0	
2012	5/4/2012 00:00	25782.001393/2011-19	1090319	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2012	14/11/2012 00:00	25782.003976/2011-76	1207693	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2012	31/10/2012 00:00	25782.003934/2011-35	1209092	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	72000	0	
2012	8/8/2012 00:00	25782.003484/2011-81	1216039	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	416428	SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	57600	0	
2012	3/5/2012 00:00	25782.002754/2011-36	1216260	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	379697	PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA. - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	16000	0	
2012	23/1/2012 00:00	25782.01316/2011-69	1230812	Arquivado	Improcedência	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0	0	
2012	14/11/2012 00:00	25782.004939/2011-85	1232973	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	355151	FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	48000	0	
2012	31/10/2012 00:00	25782.007445/2011-52	1239980	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	72000	0	

2013	6/2/2013 00:00	25782.005311/2011-05	1243231	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.005831/2011-18	1243421	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	43200	0	
2012	8/8/2012 00:00	25779.010718/2011-03	1256142	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	357391	UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	80000	0	
2012	28/11/2012 00:00	25782.010901/2011-41	1269352	Extrato de Decisão	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2012	29/8/2012 00:00	25782.009147/2011-05	1275232	Arquivado	Improcedência	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0	
2012	30/11/2012 00:00	25782.008164/2011-17	1275262	Arquivado	Improcedência	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0	
2012	30/11/2012 00:00	25782.012174/2011-57	1277066	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	160000	0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.013117/2011-95	1282059	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.	48000	0	
2013	20/3/2013 00:00	25782.016336/2011-26	1288501	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	35000	0	
2012	30/11/2012 00:00	25782.012615/2011-11	1292690	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	72000	0	
2012	29/8/2012 00:00	25782.008812/2011-35	1292880	Em Cobrança	Multa Pecuniária	376663	SISTEMA DE SAÚDE OURODONT S.S.LTDA	9000	0	

Multas de 2012 e 2013 - Demandas Beneficiário/Interlocutor PR

Ano	Data da decisão	Número do Processo	Nº da Demanda	Status da Demanda	Tipo de penalidade	Reg-ANS	Razão social operadora	Valor total c/ multa diária	Data da decisão da 2ª instância	Valor para alteração da multa fixa	Tipo de decisão de 2ª instância
2012	6/7/2012 00:00	25782.000773/2008-22	657423	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0		
2012	28/6/2012 00:00	33903.012029/2008-85	743449	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	50000	0		
2012	14/3/2012 00:00	33903.012246/2008-75	751702	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	104000	0		
2012	11/9/2012 00:00	33903.000529/2009-55	762727	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	176000	0		
2012	17/8/2012 00:00	33903.001939/2009-13	766848	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	310981	ODONTO EMPRESAS CONVENIOS DENTARIOS LTDA.	15000	0		
2012	21/1/2012 00:00	33903.001954/2009-61	769855	Arquivado	Improcedência	319996	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	0	0		
2012	30/11/2012 00:00	25782.001587/2009-91	772027	Arquivado	Improcedência	365151	FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	0	0		
2012	6/7/2012 00:00	25782.007840/2010-54	978023	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	160000	0		
2012	6/7/2012 00:00	25782.008561/2010-16	981963	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	64000	0		
2012	6/7/2012 00:00	25782.008566/2010-03	981974	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	64000	0		
2012	30/11/2012 00:00	25782.011933/2010-83	990118	Arquivado	Improcedência	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	0	0		

2012	6/7/2012 00:00	25782.010545/2010-85	1006579	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	353574	UNIMED BRASILIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	80000		0	
2012	9/3/2012 00:00	25782.010793/2010-26	1008979	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.014124/2010-23	1013028	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	
2012	4/4/2012 00:00	25782.011950/2010-11	1024583	Arquivado	Multa Pecuniária	336831	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ	48000		0	
2012	4/4/2012 00:00	25782.003088/2011-53	1040161	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	
2012	6/11/2012 00:00	25782.004348/2011-16	1040173	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	
2012	29/11/2012 00:00	25782.003552/2011-10	1044091	Arquivado	Improcedência	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0		0	
2012	29/11/2012 00:00	25782.012352/2010-69	1045485	Arquivado	Improcedência	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	0		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.012663/2010-28	1049639	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	320862	UNIMED DE PARANAVAL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	32000		0	
2012	4/4/2012 00:00	25782.003091/2011-77	1066518	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	72000		0	
2012	5/4/2012 00:00	25782.013973/2010-60	1067022	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	

2013	19/3/2013 00:00	25782.012508/2011-92	1310367	Aguardando Publicação no DO	Improcedência	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0	0	
2012	18/12/2012 00:00	25782.012736/2011-62	1319534	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	403911	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA	80000	0	
2012	5/11/2012 00:00	25782.011740/2011-11	1319810	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	349712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	43200	0	
2013	20/3/2013 00:00	25782.013411/2011-05	1325072	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAÚDE LTDA	43200	0	
2012	1/11/2012 00:00	25782.012739/2011-04	1328944	Aguardando Documentos de Arquivament o	Improcedência	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0	
2012	22/6/2012 00:00	25782.015426/2011-08	1354122	Arquivado	Multa Pecuniária	322571	UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	155586,38	0	
2013	22/3/2013 00:00	25782.013194/2012-26	1360897	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	416428	SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	64000	0	
2013	22/3/2013 00:00	25782.000844/2012-73	1377825	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2012	5/11/2012 00:00	25782.003350/2012-41	1386123	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	64000	0	

2012	28/11/2012 00:00	25782.002175/2012-74	1394938	Arquivado	Advertência	308811	UNIMED VALE DO PIQUIRI- COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO VALE DO PIQUIRI	0		0	
2012	30/8/2012 00:00	25782.000635/2012-20	1395578	Em Análise de Ajuste de Conduta	Multa Pecuniária			1800000		0	
2012	1/10/2012 00:00	25782.002139/2012-19	1396929	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	48000		0	
2012	14/11/2012 00:00	25782.003750/2012-56	1405219	Aguardando Resposta da Operadora	Multa Pecuniária	349712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	60000		0	
2013	18/2/2013 00:00	25782.014971/2012-50	1435030	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	347361	UNIMED FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO CENTRO-OESTE E TOCANTINS	48000		0	
2013	6/2/2013 00:00	25782.006807/2012-79	1444383	Aguardando Recurso da Operadora	Advertência	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2013	21/3/2013 00:00	25782.015251/2012-10	1466665	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	345270	UNIMED DO ABC - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	48000		0	
2013	30/11/2013 00:00	25782.010375/2012-09	1471964	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	45000		0	
2012	14/11/2012 00:00	25782.011403/2012-05	1495010	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	350141	PARANÁ CLÍNICAS - PLANOS DE SAÚDE S/A	48000		0	

2012	29/12/2012 00:00	25782.013162011-59	1230812	Arquivado	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	0					
2012	14/11/2012 00:00	25782.0049392011-85	1232973	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	356151	FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	48000	0				
2012	31/10/2012 00:00	25782.0074452011-52	1233980	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	12000	0				
2013	6/2/2013 00:00	25782.0063112011-05	1243231	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0				
2012	6/2/2012 00:00	25782.0058312011-18	1243421	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	43200	0				
2012	6/2/2012 00:00	25779.0107182011-03	1262142	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	351291	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	80000	0				
2012	28/11/2012 00:00	25782.0109012011-41	1263352	Exatidão de Dúvida	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0				
2012	28/6/2012 00:00	25782.0091472011-05	1273232	Aguardado	Impropriedade	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0				
2012	30/11/2012 00:00	25782.0081642011-17	1273262	Arquivado	Impropriedade	326305	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	160000	0				
2012	30/11/2012 00:00	25782.0121742011-57	1277056	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	160000	0				
2012	6/2/2012 00:00	25782.013172011-95	1282059	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	48000	0				
2013	20/3/2013 00:00	25782.0163362011-56	1285501	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	35000	0				
2012	30/11/2012 00:00	25782.0126152011-11	1285501	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	12000	0				
2012	29/8/2012 00:00	25782.0088122011-53	1282800	Em Correção	Multa Pecuniária	376863	SISTEMA DE SAÚDE CUIRUPONT S S LTDA	9000	0				
2013	19/3/2013 00:00	25782.0125082011-92	1310367	Aguardando Publicação no DO	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	0	0				
2012	18/1/2012 00:00	25782.012362011-62	1319534	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	403811	GOLDEN GROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA	80000	0				
2012	6/11/2012 00:00	25782.017402011-11	1319810	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	348712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	43200	0				
2013	20/3/2013 00:00	25782.0134112011-05	1325072	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	43200	0				
2012	1/11/2012 00:00	25782.0127392011-04	1328944	Aguardando Documentos de Arquivamento	Impropriedade	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0				
2012	22/6/2012 00:00	25782.0154262011-08	1354122	Arquivado	Multa Pecuniária	322571	UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	15566,38	0				
2013	22/3/2013 00:00	25782.0131942012-26	1360897	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	416428	SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	64000	0				
2013	22/3/2013 00:00	25782.0008442012-73	1372825	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0				
2012	5/11/2012 00:00	25782.0033502012-41	1386123	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	64000	0				
2012	28/11/2012 00:00	25782.0021752012-74	1394938	Arquivado	Advertência	308811	UNIMED VALE DO PIQUIRI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	0	0				
2012	30/6/2012 00:00	25782.0006352012-20	1395578	Em Análise de Justiça de Contida	Multa Pecuniária		VALE DO PIQUIRI	1800000	0				
2012	1/10/2012 00:00	25782.0021392012-19	1396929	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS	48000	0				
2012	14/11/2012 00:00	25782.0037502012-56	1405219	Aguardando Resposta da Operadora	Multa Pecuniária	348712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	60000	0				
2013	18/2/2013 00:00	25782.0148712012-50	1435030	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	347361	UNIMED FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MEDICAS DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	48000	0				
2013	6/2/2013 00:00	25782.0068072012-79	1444383	Aguardando Recurso da Operadora	Advertência	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0				
2013	21/2/2013 00:00	25782.0152512012-10	1466665	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	345270	UNIMED DO ABC - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	48000	0				
2013	30/12/2013 00:00	25782.0103762012-09	1471964	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	45000	0				
2012	14/11/2012 00:00	25782.01114032012-05	1495010	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	350141	PARANÁ CLÍNICAS - PLANOS DE SAÚDE S/A	48000	0				
2002	15/4/2002 00:00	33902.03278822002-11	1698470	Aguardando Documentos de Arquivamento	Multa Pecuniária	409162	ORAL LINE CONVÊNIO ODONTOLÓGICOS LTDA	50000	0				
2001	30/6/2001 00:00	33902.05008227000-37	1794706	Aguardando Deferimento da Diretoria Colegiada	Multa Pecuniária			20000	0				

2012	30/1/2012 00:00	25782.011933/2010-83	930118	Arquivado	Impedecência	302872	AMIL SAÚDE LTDA.	0		0	
2011	19/8/2011 00:00	25782.009564/2010-69	990665	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	346559	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	80000		0	
2011	21/3/2011 00:00	25782.009379/2010-74	991168	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	95000		0	
2011	28/9/2011 00:00	33982.013734/2010-33	994346	Arquivado	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	25000	24/6/2010 00:00	0	Problema Dado
2011	25/2/2011 00:00	25782.010497/2010-25	999337	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	304701	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	231953.68		0	
2011	7/4/2011 00:00	25782.010544/2010-31	1001425	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	313204	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	93540		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.010545/2010-35	1006579	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	353574	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	19/4/2011 00:00	25782.012792/2010-16	1008624	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	46000		0	
2012	9/9/2012 00:00	25782.010239/2010-49	1009379	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	18/11/2011 00:00	25782.010474/2010-11	1010918	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	48000		0	
2011	25/5/2011 00:00	25782.011424/2010-23	1011722	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.011372/2010-12	1013028	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	19/8/2011 00:00	25782.010937/2010-44	1021132	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	33000		0	
2011	25/4/2011 00:00	25782.011850/2010-11	1024583	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	400360	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	48000		0	
2012	4/12/2011 00:00	25782.011271/2010-41	1025163	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	30000		0	
2011	4/12/2011 00:00	25782.011095/2010-46	1027957	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	40000		0	
2011	19/4/2011 00:00	25782.011964/2010-34	1028310	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	346559	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	23/9/2011 00:00	25782.012133/2010-17	1028958	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	372609	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	25/5/2011 00:00	25782.012536/2010-29	1039168	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	372609	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	48000		0	
2012	4/4/2012 00:00	25782.003088/2011-53	1040161	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	8/11/2012 00:00	25782.004348/2011-16	1040173	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	28/11/2012 00:00	25782.003552/2011-10	1044091	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	29/11/2012 00:00	25782.012350/2010-69	1045485	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312720	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	32000		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.012653/2010-28	1049539	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	14/2/2011 00:00	25782.013382/2010-92	1060331	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	72000		0	
2012	4/4/2012 00:00	25782.003091/2011-77	1066518	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.003339/2011-08	1067022	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	418428	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	20/12/2011 00:00	25782.014924/2010-44	1067353	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	5/10/2011 00:00	25782.003098/2011-99	1074608	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	57500		0	
2012	6/11/2012 00:00	25782.005179/2011-23	1076717	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	346559	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	5/4/2011 00:00	25782.000595/2011-14	1094240	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	6/4/2011 00:00	25782.000542/2011-14	1094716	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	5/4/2012 00:00	25782.001353/2011-19	1099319	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	7/4/2011 00:00	25782.000995/2011-41	1099445	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	8/4/2011 00:00	25782.001234/2011-14	1092853	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	30/8/2011 00:00	25782.001370/2011-13	1093073	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	14/10/2011 00:00	25782.002395/2011-98	1095991	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	24/8/2011 00:00	25782.002103/2011-46	1098615	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	14/11/2012 00:00	25782.003976/2011-76	1207693	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	31/10/2012 00:00	25782.003934/2011-35	1208092	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	2/9/2011 00:00	25782.000302/2011-59	1209411	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	27/12/2011 00:00	25782.003507/2011-15	1211488	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	8/8/2012 00:00	25782.003484/2011-51	1216039	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2012	3/6/2012 00:00	25782.002764/2011-36	1216260	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	
2011	19/8/2011 00:00	25782.004423/2011-31	1223875	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	80000		0	

2010	16/2/2010 00:00	25782.0063432009-51	758453	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	48000	0	
2009	23/11/2009 00:00	25782.004332009-77	800293	Arquivado	Impropriedade	340701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	0	0	
2010	13/9/2010 00:00	25782.0041012009-77	801197	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	32000	0	
2011	24/3/2011 00:00	25782.0045052009-81	804000	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	320305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	68000	0	
2011	5/6/2011 00:00	25782.00656712009-44	813655	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS	36000	0	
2008	6/12/2008 00:00	25782.0071022009-73	815596	Arquivado	Advertência	400360	IMANIDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	0	0	
2010	28/3/2010 00:00	25782.0074102009-07	817850	Arquivado	Impropriedade	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0	0	
2010	13/9/2010 00:00	25782.0063782009-34	820019	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	355691	UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FED. EST. DAS COOP. MED.	84000	0	
2011	4/1/2011 00:00	25782.006392009-11	820945	Arquivado	Multa Pecuniária	312126	FUNDAÇÃO SAÚDE ITAU	64000	0	
2011	10/6/2011 00:00	25782.006512009-65	833444	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2010	11/2/2010 00:00	25782.0063962009-51	836335	Arquivado Relativa	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	27000	0	
2010	5/7/2010 00:00	25782.0067112009-15	843126	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	328098	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAÚDE LTDA.	18000	0	
2010	25/6/2010 00:00	25782.0103242009-73	845910	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	96000	0	
2010	31/8/2010 00:00	25782.0103072009-36	847225	Arquivado	Impropriedade	350729	OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAÚDE CONSULDE S/S LTDA	0	0	
2010	11/3/2010 00:00	25782.01070009-10	850080	Arquivando Desbarratamento da Diretoria Colegiada	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	60000	0	
2011	15/2/2011 00:00	25782.0113142009-55	852237	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	354554	MULTICLINICA SERVICOS DE SAUDE LTDA	48000	0	
2010	22/4/2010 00:00	25782.0113802009-25	852928	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	24000	0	
2011	4/1/2011 00:00	25782.0123782009-73	870655	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312720	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS COOPERATIVAS MEDICAS	48000	0	
2011	5/7/2011 00:00	25782.0127842009-36	872996	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	100004,21	0	
2010	9/9/2010 00:00	25782.0002412010-18	881545	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	338648	FUNDAÇÃO SAANEPA DE ASSISTENCIA SOCIAL	48000	0	
2010	11/2/2010 00:00	25782.0004462010-95	883993	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	371254	UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP. DE TRABALHO MEDICO	64000	0	
2010	15/7/2010 00:00	25782.0004372010-02	885968	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	315285	PARANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000	0	
2011	15/9/2011 00:00	25782.0004412010-62	885881	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	100000	0	
2011	5/1/2011 00:00	25782.0002212010-39	887186	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	000043	SUL AMERICA SEGURO SAÚDE S/A	66550	0	
2011	16/2/2011 00:00	25782.0046302010-12	897577	Arquivado	Impropriedade	328305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0	
2010	15/2/2010 00:00	25782.0012892010-35	900974	Arquivado	Impropriedade	400360	FRANCOE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	80000	0	
2010	30/9/2010 00:00	25782.0021782010-46	902410	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0	
2010	16/7/2010 00:00	25782.0013132010-56	902443	Arquivado	Advertência	364941	PLANOS DE SAÚDE PSAM PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	0	0	
2010	1/7/2010 00:00	25782.0009252010-10	903217	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	32000	0	
2011	14/2/2011 00:00	25782.0018552010-17	914300	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	53229,47	0	
2010	6/7/2010 00:00	25782.0020302010-10	914896	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	48000	0	
2010	13/9/2010 00:00	25782.0028912010-56	915408	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	315285	PARANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000	0	
2011	25/2/2011 00:00	25782.0024352010-40	915703	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	318777	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	28728	0	
2010	16/1/2010 00:00	25782.002852010-69	916826	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MEDICO LTDA	64000	0	
2011	14/7/2011 00:00	25782.002852010-69	916826	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	311677	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MEDICO LTDA	64000	0	
2011	27/6/2011 00:00	25782.0065952010-68	924025	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	90000	0	
2009	18/1/2009 00:00	33902.0068772001-30	928059	Arquivado	Multa Pecuniária	342368	UNIMED DE LONDRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	9000	0	
2010	16/1/2010 00:00	25782.0065952010-78	928698	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	349172	UNIMED FONTE GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFICIOS SOCIAIS E ECONOMICOS C.S. ASSISTANCE	36400	0	
2010	9/9/2010 00:00	25782.0045042010-50	929418	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	350382	COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFICIOS SOCIAIS E ECONOMICOS C.S. ASSISTANCE	32000	0	
2011	21/11/2011 00:00	25782.0046482010-14	934089	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	60000	0	
2010	16/3/2011 00:00	25782.0039902010-99	934685	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	315285	PARANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	80000	0	
2010	20/9/2010 00:00	25782.0044542010-19	936457	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	32000	0	
2011	21/2/2011 00:00	25782.0062812010-54	941826	Arquivado	Impropriedade	347744	UNICLINICA PLANO DE SAÚDE LTDA	0	0	
2011	21/3/2011 00:00	25782.0065824010-27	948152	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	310681	UNIMED PATO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	32000	0	
2010	17/11/2010 00:00	25782.0067812010-32	962810	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312304	SERVIÇO SOCIAL DAS ESTRADAS DE FERRO - SESEF	48000	0	
2011	16/2/2011 00:00	25782.0072652010-90	970491	Análise de Recurso	Impropriedade	366984	UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	98770,52	0	
2010	29/11/2010 00:00	33902.0095152010-14	971015	Arquivado	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	160000	0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.0078402010-54	978023	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	64000	0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.00886512010-16	981963	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	64000	0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.0085562010-03	981974	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	64000	0	
2011	26/4/2011 00:00	25782.0086462010-96	984130	Arquivando Desbarratamento da Diretoria Colegiada	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2011	19/4/2011 00:00	25782.0089002010-56	987113	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	115190,53	0	

2008	30/12/2008 00:00	25782.001554/2008-21	654924	Em Cobrança	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARAIVENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	43200	4/9/2012 00:00	43200	Problema Negado com Alegação da Mãe
2008	29/7/2008 00:00	25782.000648/2008-12	655295	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364941	CLINIPAM CLÍNICA PARAIVENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	16000	23/2/2010 00:00	16000	Problema Negado com Alegação da Mãe
2010	18/12/2010 00:00	25782.000958/2008-37	657373	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARAIVENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	80000		0	
2012	6/7/2012 00:00	25782.000713/2008-22	657423	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	154115		0	
2010	16/2/2010 00:00	25782.000922/2008-53	657817	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	312304	SERVIÇO SOCIAL DAS ESTRADAS DE FERRO - SISEF	32000	16/2/2011 00:00	32000	Problema Negado
2008	4/12/2008 00:00	25782.001078/2008-39	658813	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	322871	UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	16000	20/10/2009 00:00	16000	Problema Negado
2008	5/8/2008 00:00	25782.001061/2008-21	660970	Registro de Decisão em Segunda Instância	Multa Pecuniária	364941	PLANO DE SAÚDE PSIC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	24000	8/10/2009 00:00	24000	Problema Negado
2008	28/11/2008 00:00	25782.001020/2008-34	663030	Registro de Decisão em Segunda Instância	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	0		0	
2009	19/11/2009 00:00	25782.001546/2008-14	666334	Aguardando	Impropriedade	000043	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	0		0	
2008	10/9/2008 00:00	25782.001554/2008-61	670517	Aguardando	Impropriedade	364941	CIRURGIA LTDA ME	0		0	
2008	29/7/2008 00:00	25782.001987/2008-16	672513	Contratando de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	100000	5/2/2013 00:00	100000	Problema Negado
2009	16/9/2009 00:00	25782.002053/2008-00	674025	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	334627	UNIMED DE CIANTORTE - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	18000		0	
2009	4/6/2009 00:00	25782.002019/2008-27	675933	Em Cobrança	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	35200	4/9/2012 00:00	35200	Problema Negado
2009	24/9/2009 00:00	25782.002396/2008-66	676360	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	60000		0	
2009	17/11/2009 00:00	25782.002352/2008-18	677613	Aguardando	Impropriedade	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0		0	
2009	5/1/2009 00:00	25782.002355/2008-70	679200	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	326755	ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA	48000	26/2/2013 00:00	48000	Problema Negado
2009	20/10/2009 00:00	25782.002366/2008-14	679709	Aguardando	Impropriedade	347744	UNICLINICAS PLANO DE SAÚDE LTDA	0		0	
2009	3/3/2009 00:00	25782.002366/2008-50	681145	Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	308811	UNIMED VALE DO POIUIR COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	32000		32000	Problema Negado
2009	21/02/2009 00:00	33902.062703/2008-82	681356	Aguardando	Impropriedade	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARAIVENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0		0	
2009	25/8/2009 00:00	25782.003026/2008-00	682000	Em Cobrança	Multa Pecuniária	402753	CAIXA DE SAÚDE PROCLIN LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	32000		0	
2008	17/8/2008 00:00	25782.002394/2008-77	683955	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	351792	UNIMED FÓZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	32000	20/2/2013 00:00	32000	Problema Negado
2009	22/9/2009 00:00	25782.002653/2008-94	685412	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	20020		0	
2008	9/9/2008 00:00	25782.002681/2008-43	687644	Aguardando	Multa Pecuniária	400330	IRAPUATUBA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA	48000	20/10/2009 00:00	48000	Problema Negado
2010	19/12/2010 00:00	25782.002897/2008-21	689635	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	27000		0	
2008	30/12/2008 00:00	25782.002992/2008-46	691719	Em Cobrança	Multa Pecuniária	346659	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	80000	10/8/2012 00:00	80000	Não Conhecimento do Recurso
2009	22/9/2009 00:00	25782.003038/2008-71	690668	Aguardando	Impropriedade	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	0		0	
2008	11/12/2008 00:00	33902.066285/2008-90	691135	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	351792	UNIMED FÓZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	32000		0	
2008	30/12/2008 00:00	25782.002979/2008-97	691138	Aguardando	Impropriedade	316777	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	0		0	
2008	29/12/2008 00:00	25782.003141/2008-11	695489	Em Cobrança	Multa Pecuniária	316777	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	32000	12/2/2012 00:00	32000	Não Conhecimento do Recurso
2009	5/10/2009 00:00	25782.003149/2008-57	698410	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	54000		0	
2009	14/9/2009 00:00	25782.003191/2008-06	699791	Instância	Multa Pecuniária	316777	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	900000	30/11/2012 00:00	900000	Problema Negado
2009	25/7/2009 00:00	25782.003222/2008-11	699546	Em Recurso Presencial	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARAIVENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	20608		0	
2009	24/12/2009 00:00	25782.003428/2008-41	701894	Análise de Realização	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARAIVENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	48000		0	
2008	10/9/2008 00:00	25782.003466/2008-64	701787	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	351792	UNIMED FÓZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	32000	20/2/2013 00:00	32000	Problema Negado
2009	22/2/2009 00:00	25782.003462/2008-95	702846	Em Recurso Presencial	Multa Pecuniária	316777	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	24625		0	
2009	20/5/2009 00:00	25782.003425/2008-15	702719	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	371254	UNIMED REGIONAL, MARINÓIA COOP DE TRABALHO MÉDICO	64000		0	
2009	5/2/2009 00:00	25782.003685/2008-82	703222	Em Cobrança	Multa Pecuniária	351792	UNIMED FÓZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	32000		0	
2010	29/2/2010 00:00	25782.003347/2008-41	704079	Aguardando	Impropriedade	350362	COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFÍCIOS SOCIAIS E ECONÔMICOS	0		0	
2008	28/8/2008 00:00	25782.003688/2008-16	704812	Aguardando	Impropriedade	320882	C.S. ASSISTANCE	0		0	
2009	30/6/2009 00:00	25782.003909/2008-56	707782	Em Recurso Presencial	Multa Pecuniária	372609	UNIMED DE PARANÁVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	32000		0	
2009	19/5/2009 00:00	25782.004135/2008-49	711384	Em Recurso Presencial	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	32000		0	
2010	17/6/2010 00:00	25782.004333/2008-44	714189	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	
2009	25/7/2009 00:00	25782.005107/2008-81	716107	Análise de Realização	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000		0	
2009	30/6/2009 00:00	25782.005412/2008-72	719027	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	326341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIMED LTDA	80000		0	
2009	6/2/2009 00:00	25782.005275/2008-76	719282	Aguardando Realização	Multa Pecuniária	402753	CAIXA DE SAÚDE PROCLIN LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	766000		0	

2009	24/02/2009 00:00	25782.005693/2008-63	722094	Análise de Relatoria	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	32000	0	
2010	08/2/2010 00:00	25782.005678/2008-16	723376	Aguardando Desembargo da Decisão Colegiada	Multa Pecuniária	336305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2009	22/12/2009 00:00	25782.005825/2008-57	723414	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	340742	CLINIPAM CLÍNICA PARAMENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	48000	26/2/2013 00:00	48000
2009	6/10/2009 00:00	25782.005845/2008-28	723762	Extrato de Decisão	Multa Pecuniária	336305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	60000	0	Provento Negado
2010	23/3/2010 00:00	25782.005678/2008-26	724387	Aguardando	Multa Pecuniária	347744	UNICLINICAS PLANO DE SAÚDE LTDA	0	0	
2009	26/8/2009 00:00	25782.005838/2008-26	726854	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	336305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	100000	26/2/2013 00:00	100000
2009	24/3/2009 00:00	25782.005841/2008-40	726918	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	336305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	30000	0	Provento Negado
2010	22/06/2010 00:00	25782.005845/2008-63	727324	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	336305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	60000	0	
2010	15/07/2010 00:00	25782.005838/2008-59	727570	Aguardando	Impropriedade	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	0	0	
2009	25/03/2009 00:00	25782.005838/2008-54	728317	Aguardando	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	20706	0	
2009	23/11/2009 00:00	25782.005877/2008-26	730517	Análise de Relatoria	Multa Pecuniária	336305	IPANAUDE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFÍCIOS SOCIAIS E ECONÔMICOS	32000	0	
2010	28/02/2010 00:00	25782.005841/2008-51	733058	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	330482	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	12000	0	
2010	22/12/2010 00:00	25782.005841/2008-59	733858	Aguardando	Impropriedade	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	0	0	
2009	26/02/2009 00:00	25782.007634/2008-82	738526	Análise de Relatoria	Multa Pecuniária	402753	SAÚDE DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	32000	0	
2010	08/2/2010 00:00	25782.007944/2008-56	748982	Aguardando Desembargo da Decisão Colegiada	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	80000	0	
2012	23/06/2012 00:00	33903.012029/2008-85	743448	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	50000	0	
2010	3/3/2010 00:00	25782.008077/2008-31	745177	Aguardando Desembargo da Decisão Colegiada	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	18000	0	
2011	18/12/2011 00:00	33903.012018/2008-03	748320	Aguardando	Impropriedade	340742	CLINIPAM CLÍNICA PARAMENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0	
2010	2/06/2010 00:00	25782.008337/2008-40	751688	Aguardando	Impropriedade	339321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO	0	0	
2012	14/02/2012 00:00	33903.012046/2008-75	751702	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	343289	UNIMED DE LONDRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	104000	0	
2011	1/06/2011 00:00	33903.012045/2008-21	752836	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	351782	UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	20000	0	
2009	2/10/2009 00:00	25782.008737/2008-15	755592	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	325341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA	225000	44/2/2013 00:00	225000
2009	7/12/2009 00:00	25782.009334/2008-04	758090	Em Cobrança	Multa Pecuniária	402753	SAÚDE DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	123620	0	
2010	20/08/2010 00:00	33903.006374/2008-57	762106	Aguardando	Impropriedade	340742	CLINIPAM CLÍNICA PARAMENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0	
2012	11/08/2012 00:00	33903.006329/2008-55	762727	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	302872	AMIL SAÚDE LTDA	176000	0	
2011	18/12/2011 00:00	33903.001138/2008-69	763680	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	340742	CLINIPAM CLÍNICA PARAMENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	48000	0	
2012	17/02/2012 00:00	33903.001393/2008-13	766648	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	310981	ODONTO EMPRESAS CONVENIOS DENTARIOS LTDA	16000	0	
2009	21/02/2009 00:00	25782.000777/2008-91	768430	Em Cobrança	Multa Pecuniária	402753	SAÚDE DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	99690	0	
2010	22/10/2010 00:00	33903.001741/2008-30	768674	Aguardando	Impropriedade	340742	CLINIPAM CLÍNICA PARAMENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0	
2009	29/10/2009 00:00	25782.000525/2008-62	769193	Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	360419	UNIMED GRANDE FLORENÇÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	64000	7/2/2013 00:00	64000
2012	21/12/2012 00:00	33903.001954/2008-61	769855	Aguardando	Impropriedade	319986	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	0	0	
2010	5/2/2010 00:00	25782.000590/2008-58	771562	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	350141	PARANÁ CLÍNICAS - PLANOS DE SAÚDE S/A	48000	0	
2012	30/11/2012 00:00	25782.001587/2008-51	772027	Aguardando	Impropriedade	355151	FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	0	0	
2009	8/12/2009 00:00	25782.001665/2008-58	772361	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	351782	UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	32000	0	
2009	31/12/2009 00:00	25782.001365/2008-79	778581	Em Cobrança	Multa Pecuniária	402753	SAÚDE DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	594046	0	
2010	22/11/2010 00:00	25782.001863/2008-11	779762	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	340742	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	43200	0	
2009	17/12/2009 00:00	25782.002362/2008-52	783758	Análise de Relatoria	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	60000	0	
2010	22/02/2010 00:00	25782.003468/2008-73	785134	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	27000	0	
2010	30/04/2010 00:00	25782.003944/2008-56	785987	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	336831	IPANAUDE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFÍCIOS SOCIAIS E ECONÔMICOS	48000	0	
2009	24/09/2009 00:00	25782.002496/2008-73	786305	Aguardando	Impropriedade	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	0	0	
2010	14/10/2010 00:00	25782.002069/2008-52	788474	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	324345	UNIMED VERA CRUZ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	18000	0	
2010	22/06/2010 00:00	25782.004063/2008-52	788830	Aguardando	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0	0	
2010	16/03/2010 00:00	25782.006727/2008-49	788645	Aguardando	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	35000	0	
2011	14/02/2011 00:00	25782.004503/2008-71	789659	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	326305	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	60000	0	
2009	22/12/2009 00:00	25782.003012/2008-11	791932	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	311677	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	120000	0	
2010	25/12/2010 00:00	25782.003142/2008-42	792932	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	0	0	
2010	24/02/2010 00:00	33902.031731/2008-42	797598	Aguardando	Impropriedade	366064	UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	

2002	18/02/2007 00:00	33902.0048002000-71	491392	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	408972	DENT - CLIN PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	30000	0			Provento Negado
2006	28/04/2006 00:00	33902.0376472002-52	492545	Em Cobrança	Multa Pecuniária	371254	UNIMED REGIONAL MARINHA COOP DE TRABALHO MÉDICO	50000	0			Provento Negado
2009	17/11/2009 00:00	25782.00043562006-73	500633	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412388	PALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	8995	0			Provento Negado
2006	7/02/2006 00:00	33902.1077792003-13	501895	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	0	05/2011 00:00	50000	Provento Negado
2006	3/02/2006 00:00	33902.0759892003-13	505446	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	0	04/2011 00:00	30000	Provento Negado
2006	29/06/2006 00:00	33902.2419852003-78	506377	Em Cobrança	Multa Pecuniária	365777	UNIMED NOROESTE DO PARANÁ COOP DE TRABALHO MÉDICO	32000	0	09/2010 00:00	32000	Provento Negado
2009	16/06/2009 00:00	25782.0005332006-66	506649	Aguardando Releitoria	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	80000	0			
2009	20/02/2009 00:00	25782.0004512006-11	507560	Em Reatado Presencial	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	67200	0			
2009	19/05/2009 00:00	25782.0004892006-41	507781	Aguardando Releitoria	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	0			
2009	18/08/2009 00:00	25782.0005242006-75	510188	Aguardando Releitoria	Multa Pecuniária	322571	UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	50000	0			Provento Negado
2009	24/04/2009 00:00	25782.0005322006-11	510793	Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	368305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	100000	0			
2009	14/05/2009 00:00	25782.0005412006-11	520461	Audite de Releitoria	Multa Pecuniária	311877	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	64000	0			
2009	19/05/2009 00:00	25782.0005362006-26	521277	Em Reatado Presencial	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	8000	0			
2009	16/04/2009 00:00	25782.0005162006-55	522636	Em Reatado Presencial	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARAMENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	60000	0			
2009	15/05/2009 00:00	25782.0006452006-17	522804	Em Reatado Presencial	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	24000	0			
2009	15/05/2009 00:00	25782.0005822006-07	522825	Aguardando	Imprecisão	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	50000	0			
2009	10/06/2009 00:00	25782.0005902006-45	524003	Em Reatado Presencial	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	0			Provento Negado
2007	13/12/2007 00:00	25782.0007672006-11	529724	Aguardando	Multa Pecuniária	370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	48000	0	21/02/2012 00:00	48000	Provento Negado
2009	24/02/2009 00:00	25782.0007662006-69	530458	Aguardando	Multa Pecuniária	325341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINICAL LTDA	39600	0			
2009	11/02/2009 00:00	25782.0011302006-34	533396	Em Reatado Presencial	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	24000	0			
2007	23/02/2007 00:00	25782.0012392006-71	533306	Aguardando	Multa Pecuniária	330353	NOVACLINICA SERVICOS MEDICOS LTDA	48000	0			
2009	21/02/2009 00:00	25782.001372006-72	539309	Audite de Releitoria	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	18000	0			
2007	13/12/2007 00:00	25782.0015882006-93	540512	Aguardando	Imprecisão	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	24000	0	30/08/2012 00:00	24000	Provento Negado
2009	11/02/2009 00:00	25782.0015782006-58	541072	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	EVANGELICO SAUDE LTDA.	0	0			
2009	23/02/2009 00:00	33902.1871132006-58	541545	Aguardando	Imprecisão	401480	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	0	0			
2007	01/12/2007 00:00	25782.0021302006-51	544243	Aguardando	Imprecisão	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	0	0			
2009	31/02/2009 00:00	25782.0020412006-13	546204	Aguardando	Imprecisão	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	24000	0			
2006	31/02/2009 00:00	25782.0023942006-13	549539	Audite de Releitoria	Multa Pecuniária	372809	SISTEMA DE SAUDE PROCLIN LTDA	10000	0	30/12/2002 00:00	10000	Provento Negado
2006	10/02/2006 00:00	33902.0500842006-56	548759	Aguardando	Imprecisão	311677	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	0	0			
2009	19/05/2009 00:00	25782.0029252006-50	550373	Aguardando	Imprecisão	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	0	0			
2009	15/04/2009 00:00	25782.0026312006-13	552983	Aguardando	Imprecisão	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	0	0			
2007	01/12/2007 00:00	25782.0028912006-11	555516	Aguardando	Multa Pecuniária	401480	EVANGELICO SAUDE LTDA.	18000	0	31/02/2012 00:00	18000	Provento Negado
2007	01/12/2007 00:00	25782.0035632006-24	558590	Em Cobrança	Multa Pecuniária	371254	UNIMED REGIONAL MARINHA COOP DE TRABALHO MÉDICO	64000	0	11/09/2012 00:00	64000	Provento Negado
2007	13/12/2007 00:00	25782.0038672006-31	562729	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	32000	0	15/08/2012 00:00	32000	Provento Negado
2007	28/08/2007 00:00	25782.0035482006-11	565189	Aguardando Publicação no DO	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	35000	0			Provento Dado
2007	30/02/2007 00:00	25782.0041472006-43	568203	Aguardando	Imprecisão	325341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINICAL LTDA	24000	0			
2007	17/11/2007 00:00	25782.0039382006-54	569197	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	9500	0	11/10/2012 00:00	24000	Provento Negado
2009	24/02/2009 00:00	25782.0043562006-97	574381	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	32000	0	30/04/2012 00:00	32000	Provento Negado
2007	28/08/2007 00:00	25782.0041962006-98	576913	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	UNIMED REGIONAL MARINHA COOP DE TRABALHO MÉDICO	64000	0	28/09/2012 00:00	64000	Provento Negado
2008	7/05/2008 00:00	25782.0044662006-59	577106	Em Cobrança	Multa Pecuniária	371254	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	24000	0	30/04/2012 00:00	24000	Provento Negado
2007	28/08/2007 00:00	25782.0043292006-57	580416	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	UNIMED SÃO CARLOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	48000	0	06/08/2012 00:00	43200	Provento Negado
2007	06/02/2007 00:00	25782.0045022006-54	583444	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA.	0	0			
2007	17/12/2007 00:00	25782.0000302007-71	588558	Aguardando	Imprecisão	372809	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	11/09/2012 00:00	0	Provento Negado
2007	28/08/2007 00:00	25782.0002032007-51	589708	Aguardando	Imprecisão	304712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0			

2007	4/10/2007 00:00	25782.000505/2007-20	593361	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	32000	9/10/2012 00:00	32000	Provento Negado
2007	23/02/2007 00:00	33902.021963/2007-17	593556	Arquivado	Multa Pecuniária	350729	OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE CONSULDE SIS LTDA	18000	29/5/2012 00:00	18000	Provento Negado
2002	18/02/2002 00:00	33902.039755/2000-06	594148	Arquivado	Multa Pecuniária	400360	IRANANDA DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	21000	19/1/2007 00:00	0	Provento Dado
2007	17/12/2007 00:00	25782.000899/2007-46	595571	Em Cobrança	Multa Pecuniária	325341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA	64000	21/2/2012 00:00	64000	Provento Negado
2007	17/12/2007 00:00	25782.000899/2007-46	595714	Em Cobrança	Multa Pecuniária	394701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	60000	28/9/2012 00:00	60000	Provento Negado
2007	6/11/2007 00:00	25782.000659/2007-11	596954	Arquivado	Multa Pecuniária	370070	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS	21000	0	0	Provento Negado
2008	27/11/2008 00:00	25782.001084/2007-54	598642	Em Cobrança	Multa Pecuniária	319996	UNIMED DE PARANÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	80000	18/10/2012 00:00	80000	Provento Negado
2007	23/11/2007 00:00	25782.001189/2007-11	598912	Arquivado	Multa Pecuniária	320682	UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP DE TRABALHO MÉDICO	18000	30/10/2012 00:00	18000	Provento Negado
2008	30/05/2008 00:00	25782.001522/2007-54	600268	Em Cobrança	Multa Pecuniária	371284	UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP DE TRABALHO MÉDICO	64000	31/08/2012 00:00	64000	Provento Negado
2009	20/05/2009 00:00	25782.001045/2007-57	600488	Arquivado	Impropriedade	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0	0	0	Provento Negado
2007	8/11/2007 00:00	25782.001816/2007-53	600588	Em Cobrança	Multa Pecuniária	350141	PARANÁ CLINICAS - PLANOS DE SAÚDE S/A	48000	30/8/2012 00:00	48000	Provento Negado
2007	5/11/2007 00:00	25782.001093/2007-45	600989	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	90000	3/10/2012 00:00	90000	Provento Negado
2007	10/09/2007 00:00	25782.001483/2007-51	601727	Arquivado	Multa Pecuniária	306100	UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURÃO COOP TRAB MÉDICO	32000	23/4/2012 00:00	32000	Provento Negado
2007	28/09/2007 00:00	25782.001281/2007-01	602261	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	412210	FALENCIA DE SAÚDE FÓZ LTDA	32000	9/10/2012 00:00	32000	Provento Negado
2007	28/11/2007 00:00	25782.001496/2007-94	603875	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364841	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	16000	30/10/2012 00:00	16000	Provento Negado
2010	26/02/2010 00:00	25782.002187/2007-61	605115	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	311877	SISTEMA DE SAÚDE PROCIUM LTDA	40000	0	0	Provento Negado
2007	5/11/2007 00:00	25782.000209/2007-81	605446	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	80000	29/5/2012 00:00	80000	Provento Negado
2007	3/09/2007 00:00	25782.001519/2007-83	605847	Arquivado	Multa Pecuniária	330353	NOVACLINICA SERVICOS MEDICOS LTDA	36000	0	0	Provento Negado
2008	14/11/2008 00:00	25782.001555/2007-51	606668	Arquivado	Advertência	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	0	0	0	Provento Negado
2010	11/05/2010 00:00	25782.002466/2007-78	613087	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	80000	0	0	Provento Negado
2008	18/02/2008 00:00	25782.002419/2007-51	616201	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364841	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	16000	0	0	Provento Negado
2008	14/02/2008 00:00	33902.111453/2007-31	616387	Arquivado	Advertência	323571	UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0	0	0	Provento Negado
2008	13/02/2008 00:00	33902.021069/2007-47	618389	Em Cobrança	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	180000	18/10/2012 00:00	141000	Provento Negado com
2008	13/02/2008 00:00	25772.001855/2007-68	619606	Em Cobrança	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	48000	4/08/2012 00:00	48000	Provento Negado
2009	17/11/2009 00:00	25782.003909/2007-64	623752	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	324345	UNIMED VERA CRUZ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	21000	0	0	Provento Negado
2008	11/06/2008 00:00	25782.003869/2007-96	623929	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária			10000	31/02/2012 00:00	90000	Provento Negado
2008	14/02/2008 00:00	25782.003670/2007-33	631669	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364841	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	53750	0	0	Provento Negado
2008	19/02/2008 00:00	25782.003559/2007-95	631682	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364841	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	53750	0	0	Provento Negado
2008	4/02/2008 00:00	25782.004328/2007-51	636190	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	24000	20/02/2013 00:00	24000	Provento Negado
2008	13/02/2008 00:00	25782.004280/2007-81	636286	Em Cobrança	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	108000	23/10/2012 00:00	90000	Provento Negado
2008	9/11/2008 00:00	25782.004272/2007-34	636435	Decisão de 2ª Instância	Advertência	402753	AMIL DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	0	0	6000	Provento Negado
2008	16/12/2008 00:00	25782.004531/2007-27	636527	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	326341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA	322400	26/02/2013 00:00	322400	Provento Negado
2008	30/12/2008 00:00	25782.005022/2007-11	640283	Arquivado	Impropriedade	372809	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA	0	0	0	Provento Negado
2009	11/12/2009 00:00	25782.005148/2007-96	643348	Arquivado	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0	0	0	Provento Negado
2008	09/02/2008 00:00	25782.000329/2008-15	645395	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	16000	16/02/2012 00:00	16000	Provento Negado
2008	12/02/2008 00:00	25782.000341/2008-32	645480	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	16000	11/10/2012 00:00	16000	Provento Negado
2008	12/02/2008 00:00	25782.000338/2008-19	645518	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	16000	20/10/2009 00:00	16000	Provento Negado
2008	12/02/2008 00:00	25782.000140/2008-14	647080	Registro de Decisão em Segunda Instância	Multa Pecuniária	364941	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	16000	0	0	Provento Negado
2009	08/02/2009 00:00	25782.000176/2009-06	648308	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	326305	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	54000	0	0	Provento Negado
2008	19/02/2008 00:00	25782.000349/2008-58	651670	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	90000	17/02/2013 00:00	50000	Provento Negado
2008	13/06/2008 00:00	25782.000444/2008-81	652308	Em Cobrança	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIMC PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	16000	27/06/2012 00:00	16000	Provento Negado
2008	23/06/2008 00:00	25782.000657/2008-05	653346	Arquivado	Impropriedade	318239	BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL	0	0	0	Provento Negado

2008	10/12/2008 00:00	25782.000725/2005-91	408311	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	32000	23/12/2013 00:00	32000	Problema Negado
2007	28/8/2007 00:00	25782.000707/2005-18	408220	Aguardando Recursos da Operação	Multa Pecuniária	412388	FALENCIA DE SAÚDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10000		0	
2008	4/8/2008 00:00	25782.000450/2005-96	410174	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	1	30/11/2012 00:00	50000	Problema Negado
2008	17/8/2008 00:00	25782.000703/2005-21	410464	Aguardando	Impropriedade	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	0		0	
2005	32/8/2005 00:00	33502.193341/2002-55	410921	Aguardando Arquivamento	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000		0	
2005	32/8/2005 00:00	25782.000128/2006-59	418145	Análise de Relatoria	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2005	3/8/2005 00:00	33502.076081/2003-08	418059	Aguardando	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2009	30/12/2009 00:00	25782.000789/2005-92	418574	Aguardando	Multa Pecuniária	370070	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	48000		0	
2008	20/12/2008 00:00	25782.001222/2005-13	418958	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	32000	23/12/2013 00:00	32000	Problema Negado
2008	4/12/2008 00:00	25782.001328/2005-37	425501	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	32000	4/12/2013 00:00	32000	Problema Negado
2008	19/11/2008 00:00	25782.001505/2005-85	430706	Comunicação de Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	17590		0	
2007	7/11/2007 00:00	25782.001384/2005-71	431189	Em Cobrança	Multa Pecuniária	418374	SERVIÇOS DE SAÚDE - COOPERAT			0	
2008	21/10/2008 00:00	25782.001530/2005-69	435205	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	351202	UNIMED DE RIBEIRÃO PRETO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	48000	20/2/2013 00:00	48000	Problema Negado
2005	31/12/2005 00:00	33502.100632/2002-38	438249	Aguardando	Impropriedade	006246	SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	0		0	
2008	18/9/2008 00:00	25782.001454/2005-91	437479	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.	32000	30/8/2012 00:00	32000	Problema Negado
2009	22/9/2009 00:00	25782.001512/2005-87	445597	Aguardando	Impropriedade	350729	CONSAÚDE S/S LTDA	0		0	
2008	28/11/2008 00:00	25782.001517/2005-18	445548	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	4/4/2013 00:00	50000	Problema Negado
2005	21/11/2005 00:00	33502.076282/2003-42	445917	Em Cobrança	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	21000	8/1/2010 00:00	21000	Problema Negado
2005	27/12/2005 00:00	33502.131872/2002-21	445918	Aguardando	Impropriedade			0		0	
2008	14/11/2008 00:00	25782.001544/2005-82	446859	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	302872	AML SAÚDE LTDA.	50000	15/2/2013 00:00	50000	Problema Negado
2008	19/11/2008 00:00	25782.001531/2005-91	448745	Aguardando	Impropriedade	351728	INSCUVENÇA CIVIL DE ALIANÇA COOPERATIVISTA NACIONAL UNIMED	0		0	
2009	26/2/2009 00:00	25782.001618/2005-81	454298	Aguardando	Impropriedade	360449	CONFERENÇA DE COOPERATIVAS MÉDICAS	0		0	
2009	16/8/2009 00:00	25782.001628/2005-16	454516	Aguardando	Impropriedade	005711	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2009	29/4/2009 00:00	25782.001642/2005-31	454634	Em Recurso Previdencial	Multa Pecuniária	372609	BRADESCO SAÚDE S/A	32000		0	
2008	8/6/2008 00:00	25782.001650/2005-81	454646	Aguardando	Impropriedade	400289	SUL AMÉRICA SERVIÇOS MÉDICOS S.A.	0		0	
2006	22/12/2006 00:00	25782.001608/2005-45	455745	Aguardando	Impropriedade	370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2007	17/12/2007 00:00	25782.001605/2005-10	455750	Aguardando	Impropriedade	370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2009	28/5/2009 00:00	25782.001642/2005-10	455832	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412388	FALENCIA DE SAÚDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	16000		0	
2009	28/9/2007 00:00	25782.001673/2005-71	457600	Em Recurso Previdencial	Multa Pecuniária	340782	UNIMED CURITIBA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	48000	20/8/2012 00:00	48000	Problema Negado
2007	28/9/2007 00:00	25782.001730/2005-11	458764	Em Recurso Previdencial	Multa Pecuniária	370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	43200	30/11/2012 00:00	43200	Problema Negado
2008	10/11/2008 00:00	25782.001737/2005-06	458920	Aguardando	Multa Pecuniária	370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	48000		0	
2008	10/10/2008 00:00	25782.001737/2005-19	458945	Aguardando	Multa Pecuniária	370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	48000		0	
2008	30/12/2008 00:00	33502.169803/2005-96	459021	Aguardando	Advertência	359187	MMS PLANO DE SAÚDE LTDA-EM LIQUIDACAO EXTRAJUDICIAL	0		0	
2009	6/2/2009 00:00	33502.180424/2005-31	459027	Aguardando	Advertência	414719	FALENCIA DE - CLISAMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SC LTDA	0		0	
2009	6/2/2009 00:00	33502.105255/2005-97	459034	Aguardando	Advertência	308111	FALENCIA DE - CLISAMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SC LTDA	0		0	
2008	12/12/2008 00:00	33502.165238/2005-80	459037	Aguardando Relatoria	Advertência	402753	FAUG DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDACAO EXTRAJUDICIAL	0		0	
2007	17/11/2007 00:00	33502.238410/2005-03	459134	Aguardando Recursos da Operação	Multa Pecuniária	413585	SOCIEDADE BIO-MEDICA HOSPITALAR LTDA	50000	25/2/2010 00:00	50000	Problema Negado
2008	18/9/2008 00:00	25782.001817/2005-99	462860	Aguardando	Impropriedade	350862	UNIMED DE PARANÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2008	19/9/2008 00:00	25782.001817/2005-71	463722	Aguardando	Impropriedade	413868	PASS - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTENCIA A SAÚDE	0		0	
2009	24/9/2009 00:00	25782.000035/2006-13	465132	Aguardando	Impropriedade	348712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2008	10/11/2008 00:00	25782.000029/2006-86	466071	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	12/12/2012 00:00	50000	Problema Negado
2009	15/11/2009 00:00	25782.000112/2006-35	473143	Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária	316177	SISTEMA DE SAÚDE FROCLIN LTDA	10000		10000	Problema Negado
2009	30/3/2009 00:00	25782.000139/2006-28	478066	Aguardando	Advertência	407887	CNC CLINICA MEDICA CATAPRATAS LTDA	0		0	
2009	28/2/2009 00:00	25782.000181/2006-94	480059	Aguardando Relatoria	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	48000		0	
2009	14/5/2009 00:00	25782.000248/2006-55	485285	Aguardando	Multa Pecuniária	303321	UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO	50000		0	
2009	24/4/2009 00:00	25782.000259/2006-25	485276	Aguardando	Multa Pecuniária	335341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINIPAM LTDA	50000		0	

2009	27/12/2009 00:00	33902.0550172005-77	336194	Em Cobrança	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	48000	30/11/2012 00:00	48000	Problema Negado
2007	28/09/2007 00:00	25782.0014132005-03	336960	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10000		0	
2008	30/12/2008 00:00	25782.0014122005-51	336960	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	17600		0	
2008	21/10/2008 00:00	25782.0003182005-05	336907	Em Cobrança	Multa Pecuniária	323341	ORGANIZACAO MEDICA CLINIPAM LTDA	99696	30/12/2013 00:00	99696	Problema Negado
2008	14/02/2008 00:00	25782.0000922005-11	362398	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	48000	19/04/2012 00:00	48000	Problema Negado
2007	28/09/2007 00:00	33902.1181292003-37	336961	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	27/09/2012 00:00	50000	Problema Negado
2007	28/09/2007 00:00	33902.1181292003-51	336965	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	15/02/2012 00:00	50000	Problema Negado
2006	25/05/2006 00:00	33902.1064222003-42	336975	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	17/02/2011 00:00	50000	Problema Negado
2007	28/09/2007 00:00	33902.1191282003-92	336977	Aguardado	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000		0	
2008	08/02/2008 00:00	25782.0002312005-20	367144	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	21000	24/09/2012 00:00	21000	Problema Negado
2007	11/10/2007 00:00	25782.0000732005-96	366632	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2008	04/02/2008 00:00	25782.0000392005-91	366901	Aguardado	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	50000		0	
2008	12/02/2008 00:00	25782.0000322005-70	366159	Aguardado	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000		0	
2008	17/02/2008 00:00	25782.0000092005-26	366339	Aguardado	Multa Pecuniária	006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE	50000		0	
2008	17/02/2008 00:00	25782.0000092005-12	366344	Aguardado	Multa Pecuniária	322571	UNIED GUARUPLAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	32000	14/12/2013 00:00	32000	Problema Negado
2006	20/02/2006 00:00	33902.2122462003-78	371428	Em Cobrança	Multa Pecuniária	331192	UNIED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MEDICO	21000	08/02/2011 00:00	32000	Problema Negado
2005	18/12/2005 00:00	33902.0306732002-50	371487	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	01/12/2010 00:00	50000	Problema Negado
2005	19/12/2005 00:00	33902.0157822001-06	371536	Aguardado	Multa Pecuniária	006111	BRODESCO SAUDE S/A	9000		0	
2007	27/02/2007 00:00	25782.0006712005-45	370342	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10000		0	
2008	24/02/2008 00:00	25782.0000472005-67	371555	Em Cobrança	Multa Pecuniária	370970	UNIED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	48000	21/12/2013 00:00	48000	Problema Negado
2008	31/02/2008 00:00	25782.0000412005-90	373587	Aguardado	Multa Pecuniária	335800	UNIED CAMPANA - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	30000	28/11/2012 00:00	30000	Problema Negado
2008	30/12/2008 00:00	25782.0000022005-92	373456	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	17600		0	
2008	05/02/2008 00:00	25782.0000372005-21	373671	Aguardado	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	01/12/2007 00:00	25782.0000132005-25	373658	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000	28/11/2013 00:00	32000	Problema Negado
2008	05/02/2008 00:00	25782.0000942005-66	373959	Em Cobrança	Multa Pecuniária	336331	IRANDUDE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	48000		0	
2008	05/02/2008 00:00	25782.00009312005-77	380208	Aguardado	Multa Pecuniária	400360	IRANDUDE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	6000	25/10/2012 00:00	6000	Problema Negado
2008	15/02/2008 00:00	25782.00000832005-21	382100	Comunicação de Decisão de 2ª	Multa Pecuniária	413674	INSOLVENCIA CIVIL DE COOPERATIVA DE CONSUMO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE - COOPESAU	17600		0	
2009	22/02/2009 00:00	25782.0000842005-75	382135	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	10/20/2013 00:00	50000	Problema Negado
2008	10/10/2008 00:00	25782.0001132005-99	382242	Comunicação de Decisão de 2ª	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	48000	29/12/2013 00:00	48000	Problema Negado
2008	28/02/2008 00:00	25782.0001272005-12	387609	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	29/12/2013 00:00	50000	Problema Negado
2008	08/02/2008 00:00	25782.0001722005-12	389564	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	17600	30/11/2012 00:00	17600	Problema Negado
2008	30/12/2008 00:00	25782.0002022005-56	389546	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	17600		0	
2009	22/02/2009 00:00	25782.0001612005-35	389534	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	17600		0	
2008	18/12/2008 00:00	25782.0002132005-25	393593	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	18/06/2012 00:00	50000	Problema Negado
2008	17/02/2008 00:00	25782.0002192005-61	395180	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412210	FALENCIA DE - SAUDE FÓZ LTDA	16000		0	
2008	30/12/2008 00:00	25782.0002872005-05	396311	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	17600		0	
2008	20/10/2008 00:00	25782.0002892005-93	396328	Em Cobrança	Multa Pecuniária	317220	UNIED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	43200	31/12/2013 00:00	43200	Problema Negado
2008	11/02/2008 00:00	25782.0002952005-95	396346	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	35000		0	
2009	20/05/2009 00:00	25782.0002382005-29	396326	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	323341	ORGANIZACAO MEDICA CLINIPAM LTDA	131612		0	
2008	11/02/2008 00:00	25782.0002982005-41	397136	Em Cobrança	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	48000	17/02/2012 00:00	48000	Problema Negado
2008	30/06/2008 00:00	25782.0002932005-11	399690	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	17600		0	
2009	22/02/2009 00:00	25782.0003352005-11	401098	Comunicação de Decisão de 2ª	Multa Pecuniária	412368	INSOLVENCIA CIVIL DE COOPERATIVA DE CONSUMO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE - COOPESAU	32000	10/20/2013 00:00	32000	Problema Negado
2008	14/10/2008 00:00	25782.0003812005-11	403497	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000		0	
2008	21/02/2008 00:00	33902.0559422005-53	404038	Aguardado	Multa Pecuniária	304659	INSOLVENCIA CIVIL DE COOPERATIVA DE CONSUMO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE - COOPESAU	50000		0	
2007	28/09/2007 00:00	25782.0006232005-76	404575	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	413674	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	17600		0	
2009	18/04/2009 00:00	25782.0004182005-55	405423	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	28/12/2013 00:00	50000	Problema Negado
2008	04/02/2008 00:00	25782.0004512005-31	408223	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	28/12/2013 00:00	50000	Problema Negado
2008	04/02/2008 00:00	25782.0004492005-61	408227	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000		0	
2008	10/10/2008 00:00	25782.0004832005-36	408266	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	15000	15/02/2013 00:00	15000	Problema Negado

2007	29/10/2007 00:00	33902.1751092004-82	280711	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	23/5/2012 00:00	50000	Problema Negado
2008	5/6/2008 00:00	33902.0141502005-17	282291	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	16000		0	
2007	14/12/2007 00:00	33902.0037192005-19	283562	Em Cobrança	Multa Pecuniária	413874	INSOLVENCIA CIVIL DE COOPERATIVA DE CONSUMO GESTAO E SERVIÇOS DE SAUDE - COOPERAU	6000	29/2/2012 00:00	6000	Não Conhecimento do Recurso
2007	28/9/2007 00:00	33902.13431002004-77	284901	Aguardando	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2007	14/12/2007 00:00	33902.1876312004-16	284945	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	129516,56	13/11/2012 00:00	103117,78	Problema Negado com Aterramento da Multa
2007	17/12/2007 00:00	33902.1468712004-16	285666	Aguardando	Impropriedade	310070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2006	8/6/2006 00:00	33902.1821812004-19	285973	Aguardando Deliberação da Diretoria Colegiada	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2006	5/6/2006 00:00	33902.0640652005-51	286931	Em Cobrança	Multa Pecuniária	311677	SISTEMA DE SAUDE PROCUIN LTDA	32000	5/7/2012 00:00	32000	Problema Negado
2009	21/4/2009 00:00	33902.146752004-97	291552	Aguardando Recurso da Operadora	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2007	14/12/2007 00:00	33902.1841622004-19	291552	Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30623,16		0	
2007	14/12/2007 00:00	33902.1876162004-11	292731	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	77420	16/11/2012 00:00	60690	Problema Negado com Aterramento da Multa
2007	14/12/2007 00:00	33902.1876132004-70	294026	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	168497,78	2/8/2012 00:00	96708,89	Problema Negado com Aterramento da Multa
2007	14/12/2007 00:00	33902.1841612004-74	295228	Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	28/9/2007 00:00	33902.146752004-21	297092	Aguardando	Advertência	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2006	24/11/2006 00:00	33902.1783162004-33	299015	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	48000	1/11/2011 00:00	48000	Problema Negado
2008	25/6/2008 00:00	33902.1843012004-98	299407	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	351792	UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	28800		0	
2009	10/7/2009 00:00	25782.0000082005-60	300303	Aguardando Releitoria	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA	35000		0	
2009	3/4/2009 00:00	33902.0037102005-08	300355	Aguardando	Impropriedade	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	5005		0	
2007	14/12/2007 00:00	25782.0014102005-61	300936	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	17/12/2007 00:00	33902.1640322004-87	301164	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	29/2/2010 00:00	50000	Problema Negado
2005	22/8/2005 00:00	33902.1518022004-31	302716	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	18/12/2010 00:00	50000	Problema Negado
2004	7/12/2004 00:00	33902.1064782005-08	304638	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	18/2/2010 00:00	32000	Recurso Administrativo
2005	14/8/2005 00:00	33902.1774992004-36	304868	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2010	24/9/2010 00:00	33902.151752004-70	305077	Análise de Recurso	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	61530	16/11/2012 00:00	70955,56	Problema Negado com Aterramento da Multa
2007	14/12/2007 00:00	33902.1876662004-78	305554	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	60000		0	
2007	14/12/2007 00:00	33902.1774942004-47	306921	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000		0	
2008	3/3/2008 00:00	33902.0554032005-09	310378	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	13720		0	
2009	3/9/2009 00:00	25782.0006572005-04	310531	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	15/12/2011 00:00	98543,16	Problema Negado
2005	20/9/2005 00:00	33902.1876442004-21	310970	Aguardando	Multa Pecuniária	322671	UNIMED GUARUJATUBA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	50000		0	
2007	17/12/2007 00:00	33902.0299352005-86	311620	Aguardando Recurso da Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	12/12/2007 00:00	33902.1876052004-23	312608	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	243111,94	28/8/2012 00:00	223126,94	Problema Negado com Aterramento da Multa
2006	22/2/2006 00:00	33902.0394862005-84	313209	Aguardando	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2009	7/4/2009 00:00	25782.0000502005-81	315009	Aguardando	Impropriedade	372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA	0		0	
2008	25/6/2008 00:00	25782.0002462005-75	315148	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA	48000	29/12/2013 00:00	48000	Problema Negado
2009	32/2/2009 00:00	25782.0001892005-13	315314	Aguardando	Impropriedade	340782	CLINIPAM CLINICA PARAENSENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2002	10/12/2002 00:00	33902.0033252001-29	324221	Aguardando Publicação no Site	Multa Pecuniária	351792	UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA TRABALHO MÉDICO	21000	8/12/2008 00:00	30000	Problema Negado
2002	6/6/2002 00:00	33902.0516762004-65	324320	Em Cobrança	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA	15000	11/12/2011 00:00	15000	Recurso Administrativo
2008	11/6/2008 00:00	25782.0006682005-41	332355	Aguardando Recurso da Operadora	Advertência	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2009	9/6/2009 00:00	25782.0014082005-82	333395	Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	16000		0	
2009	7/5/2009 00:00	25782.0122882005-99	333791	Análise de Releitoria	Multa Pecuniária	362574	MEDICAL MEDICINA COLETIVA S/A	32000		0	
2006	10/3/2006 00:00	33902.0044722005-40	340650	Aguardando	Impropriedade	342369	UNIMED DE LONDRIINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2009	20/5/2009 00:00	33902.0550512005-87	353568	Em Cobrança	Multa Pecuniária	308111	FALENCIA DE - CLISABA OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE SC LTDA	29444		0	
2008	22/9/2008 00:00	25782.0003412005-49	354034	Aguardando	Advertência	334561	UNIMED DE RUISELAU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	

2007	11/12/2007 00:00	33902.04410912004-86	171288	Arquivado	Advertência		304859	CURIOCIN ASSISTENCIA A SAUDE SOC LTDA	0		0		Não Conhecimento do
2009	7/4/2009 00:00	25782.00017912006-70	179486	Em Cobrança	Multa Pecuniária		311677	SISTEMA DE SAUDE PROCLINTA	14000	28/5/2012 00:00	14000		Recurso
2006	5/4/2005 00:00	33902.01168412004-01	173512	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	29/3/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2004	21/6/2004 00:00	33902.0332412004-04	180704	Substituída	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0		
2006	10/4/2006 00:00	33902.01161912004-77	184087	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	23/3/2012 00:00	32000		Problema Negado com
2006	25/4/2006 00:00	33902.01160912004-97	182808	Arquivado	Multa Pecuniária		325341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINHAUER LTDA	50000	26/2/2011 00:00	48000		Aterro da Mala
2009	28/8/2009 00:00	33902.14860712004-05	187160	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0		Problema Negado
2006	8/6/2006 00:00	33902.01500912004-43	186577	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	13/5/2011 00:00	32000		Revisão Administrativa
2006	25/4/2006 00:00	33902.03150612004-98	186839	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	23/5/2011 00:00	32000		Revisão Administrativa
2007	28/8/2007 00:00	33902.05559912004-93	192185	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0		
2009	24/7/2009 00:00	33902.02104512005-30	194987	Arquivado	Impecuniária		325341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINHAUER LTDA	50000	12/2/2009 00:00	50000		Problema Negado
2004	4/6/2004 00:00	33902.00622212004-16	196019	Arquivado	Multa Pecuniária		325341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINHAUER LTDA	50000		0		
2007	28/8/2007 00:00	33902.00622212004-63	196024	Arquivado	Advertência		325341	ORGANIZAÇÃO MEDICA CLINHAUER LTDA	50000	23/7/2010 00:00	0		Problema Dado
2005	28/8/2005 00:00	33902.03838412004-61	202706	Arquivado	Multa Pecuniária		325341	FALENCIA DE - HOSPITAL E MATERIDADE SAO CARLOS LTDA	50000	30/8/2010 00:00	0		Problema Dado
2005	20/8/2005 00:00	33902.05917412004-14	202904	Arquivado	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	14/8/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2005	24/8/2005 00:00	33902.04417912004-34	203418	Em Cobrança	Multa Pecuniária		370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	48000		0		
2010	5/2/2010 00:00	33902.0038412005-00	205571	Arquivado	Multa Pecuniária		370070	UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	48000		0		
2005	15/8/2005 00:00	33902.05910912004-60	210326	Em Cobrança	Multa Pecuniária		372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A	50000	11/10/2010 00:00	48000		Não Conhecimento do
2007	28/8/2007 00:00	33902.01167812004-19	210532	Arquivado	Advertência		304859	CURIOCIN ASSISTENCIA A SAUDE SOC LTDA	0		0		
2008	14/4/2009 00:00	25782.00021012006-82	213601	Arquivado	Impecuniária		386777	UNIMED NOROESTE DO PARANA COOP DE TRABALHO MEDICO	0		0		
2009	28/8/2009 00:00	25782.00025012006-14	213621	Em Cobrança	Multa Pecuniária		315265	PARANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	25964		0		
2007	28/8/2007 00:00	33902.0600412004-81	214987	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	7000		0		
2007	17/12/2007 00:00	33902.05917912004-50	215005	Arquivado	Multa Pecuniária		325305	FAUL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	50000		0		
2005	5/4/2005 00:00	33902.0547812004-57	220562	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	13/4/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2009	28/8/2009 00:00	25782.00134812005-16	224001	Em Cobrança	Multa Pecuniária		371904	INSO VENCIA CIVIL DE - UNIMED LITORAL SUL PAULISTA	160000		0		
2005	1/2/2005 00:00	33902.15190512004-74	225937	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	30/3/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2005	24/8/2005 00:00	33902.1141612004-45	227841	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	1/6/2010 00:00	32000		Não Conhecimento do
2007	28/8/2007 00:00	33902.06892212004-20	229788	Em Cobrança	Multa Pecuniária		305600	FALENCIA DE INTERCLINICAS PLANOS DE SAUDE S/A	50000	28/2/2012 00:00	50000		Recurso
2007	28/8/2007 00:00	33902.06031412004-57	231059	Arquivado	Multa Pecuniária		412368	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	50000	1/6/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2005	24/8/2005 00:00	33902.07683912004-28	234071	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE - CUSAMA OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE SC	16000	27/4/2012 00:00	16000		Não Conhecimento do
2007	27/2/2007 00:00	33902.05917912004-39	234376	Impeachment do Decreto de 2º	Multa Pecuniária		308111	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	14/7/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2005	22/8/2005 00:00	33902.10855312004-37	234693	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0		
2005	14/8/2005 00:00	33902.07415412004-44	238104	Em Cobrança	Multa Pecuniária		336831	RIANADUDE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARINGÁ	50000	12/7/2010 00:00	32000		Problema Negado
2005	1/6/2005 00:00	33902.07445012004-66	238461	Arquivado	Impecuniária		000043	SUL AMERICA SEGURO SAUDE S/A	0		0		
2008	4/2/2008 00:00	33902.07338312004-48	240810	Arquivado	Multa Pecuniária		304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	211676,11		0		
2005	13/9/2005 00:00	33902.09401412004-11	242327	Arquivado	Impecuniária		372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A	0		0		
2009	6/1/2009 00:00	33902.18201912004-42	243777	Decisão de 2ª Instância	Multa Pecuniária		006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE	50000		0		Problema Negado
2009	18/4/2009 00:00	33902.18202112004-61	243794	Arquivado	Impecuniária		006246	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE	0		0		
2007	14/12/2007 00:00	33902.18761912004-47	244186	Em Cobrança	Multa Pecuniária		304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	110273,33	27/6/2012 00:00	82382,22		Problema Negado
2005	9/5/2005 00:00	33902.11824012004-97	246875	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	14/8/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2007	12/12/2007 00:00	33902.18761212004-25	255509	Em Cobrança	Multa Pecuniária		304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	199235,56	28/2/2012 00:00	123281,05		Problema Negado com
2008	28/1/2008 00:00	33902.02708912005-99	257276	Arquivado	Impecuniária		372609	NOSSA SAUDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A	0		0		Aterro da Mala
2007	8/1/2007 00:00	33902.17803712004-70	261051	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária		410934	CENTRO CINCO PARANAENSE S/C LTDA	32000		0		
2005	18/1/2005 00:00	33902.11824312004-21	262689	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	27/1/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2004	18/1/2004 00:00	33902.11824112004-17	263797	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	11/1/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa
2005	18/1/2005 00:00	33902.11825012004-22	265102	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	6/4/2011 00:00	32000		Revisão Administrativa
2007	14/12/2007 00:00	33902.18762312004-13	265345	Em Cobrança	Multa Pecuniária		304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	80920	28/1/2012 00:00	91653,33		Problema Negado com
2005	14/7/2005 00:00	33902.16340212004-32	271557	Arquivado	Multa Pecuniária		000043	SUL AMERICA SEGURO SAUDE S/A	50000	19/8/2010 00:00	0		Aterro da Mala
2007	28/2/2007 00:00	33902.13437212004-66	276316	Aguardando Recurso da	Multa Pecuniária		315265	PARANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000		0		
2005	18/1/2005 00:00	33902.11213212004-19	278786	Em Cobrança	Multa Pecuniária		412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	14/1/2010 00:00	32000		Revisão Administrativa

2007	14/02/2007 00:00	33902.1551902003-48	59476	Arguendo	Advertência	005941	HSBC SEGURO SAÚDE S.A.	0	14/02/2012 00:00	0	Não Conhecimento do
2006	22/02/2006 00:00	33902.2360612002-78	53047	Arguendo	Impropriedade	326341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA	0		0	Recuso
2005	11/04/2005 00:00	33902.1141282003-54	69626	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	14/02/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2005	23/02/2005 00:00	33902.1131082003-16	69919	Arguendo	Impropriedade	317154	UNIMED REGIONAL MARINHA COOP DE TRABALHO MEDICO	0		0	
2004	27/10/2004 00:00	33902.1131112003-21	75932	Finalizada	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2005	30/09/2005 00:00	33902.0796202003-71	76726	Arguendo	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000		0	
2004	07/02/2004 00:00	33902.1109192003-57	84511	Arguendo Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2004	09/02/2004 00:00	33902.1131222003-10	92020	Registro de Decisão em	Multa Pecuniária	336858	UNIMED FRANCISCO BELTRAO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	6000	27/02/2009 00:00	5520	Provisionamento Negado com
2007	29/02/2007 00:00	33902.1809782003-92	94258	Segunda Instância	Multa Pecuniária	325341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA	48000	23/02/2012 00:00	48000	Provisionamento Negado
2004	4/02/2004 00:00	33902.1131232003-56	94467	Arguendo Recurso da	Multa Pecuniária	372609	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	4/02/2009 00:00	48000	Provisionamento Parcial
2004	14/02/2004 00:00	33902.1579612003-51	105916	Arguendo	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	26/02/2007 00:00	33902.1786342003-76	111952	Arguendo	Impropriedade	305227	UNIMED DO OESTE DO PARANÁ - COOP. DE TRABALHO MEDICO	0		0	
2007	17/12/2007 00:00	33902.1791212003-20	115141	Arguendo	Multa Pecuniária	348180	SANTA RITA SAÚDE LTDA.	40000		0	
2007	29/02/2007 00:00	33902.2400362003-71	117536	Arguendo	Advertência	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2006	10/10/2006 00:00	28782.0002252003-50	120530	Em Cobrança	Multa Pecuniária			110000	27/12/2012 00:00	0	Provisionamento Dado
2004	01/12/2004 00:00	33902.2005052003-43	120574	Arguendo Recurso da	Multa Pecuniária	410934	CENTRO CLINICO PARAENSE SC LTDA.	6000		0	
2004	4/02/2004 00:00	33902.2024722003-41	121427	Arguendo Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2006	24/11/2006 00:00	33902.2275162003-35	126579	Em Cobrança	Multa Pecuniária	340782	CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	21000	17/02/2011 00:00	21000	Provisionamento Negado
2005	17/02/2005 00:00	33902.2210392003-13	127324	Em Cobrança	Multa Pecuniária	371254	UNIMED REGIONAL MARINHA COOP DE TRABALHO MEDICO	50000	14/02/2010 00:00	48000	Provisionamento Negado com
2005	17/02/2005 00:00	33902.2410662003-69	129325	Arguendo Recurso no Site	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2003	14/10/2003 00:00	33902.2018692003-16	129628	Em Cobrança	Multa Pecuniária	336831	IRMAVAMADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARINHA	32000		0	
2007	01/12/2007 00:00	33902.2438532003-81	130995	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	29/02/2007 00:00	33902.2293772003-85	131200	Arguendo	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000		0	
2005	01/12/2005 00:00	33902.0572442004-27	138894	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	18/10/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2004	08/12/2004 00:00	33902.2438542003-85	142103	Arguendo Arguimento	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	0		0	
2006	11/10/2006 00:00	33902.0184052003-46	142204	Arguendo	Impropriedade	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2004	09/02/2004 00:00	33902.2244262003-05	142818	Arguendo Arguimento	Impropriedade	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2009	14/02/2009 00:00	33902.0062142004-17	144537	Arguendo	Impropriedade	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0		0	
2006	25/02/2006 00:00	33902.0938492004-00	144751	Arguendo	Impropriedade	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	11/02/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2005	29/02/2005 00:00	33902.0384042004-01	146933	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	11/12/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2005	18/12/2005 00:00	33902.2410502003-91	149527	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	18/02/2011 00:00	32000	Revisão Administrativa
2006	25/02/2006 00:00	33902.0152442004-01	153946	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	27/02/2007 00:00	33902.2503462003-01	155970	Arguendo	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAÚDE LTDA.	9000		0	
2005	01/12/2005 00:00	33902.0938512004-15	156232	Arguendo	Multa Pecuniária	326305	AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	50000	22/12/2010 00:00	50000	Provisionamento Negado
2005	28/02/2005 00:00	33902.0153802004-15	156750	Arguendo Cobrança da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	11/10/2010 00:00	32000	Provisionamento Negado
2004	23/02/2004 00:00	33902.2410462003-23	158477	Arguendo Recurso da	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2007	29/02/2007 00:00	33902.0587302004-27	158586	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304859	CURIOCLIN ASSISTENCIA A SAÚDE SIC LTDA	6000	23/02/2012 00:00	5000	Provisionamento Negado
2006	29/02/2006 00:00	33902.0479572004-47	159383	Arguendo	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000		0	
2006	06/02/2006 00:00	33902.0600392004-11	160686	Operadora	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000		0	
2006	29/02/2006 00:00	33902.0132852004-03	161083	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	30/02/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2004	28/02/2004 00:00	33902.2452682003-15	163197	Arguendo	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	50000	23/02/2009 00:00	50000	Não Conhecimento do
2004	26/02/2004 00:00	33902.2324812003-67	165264	Arguendo Publicação no Site	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	0		0	
2005	11/02/2005 00:00	33902.0315092004-21	165943	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	30/02/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2006	29/02/2006 00:00	33902.0116772004-88	168293	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000	23/02/2011 00:00	32000	Revisão Administrativa
2007	29/02/2007 00:00	33902.11211772004-62	168312	Arguendo	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	32000		0	
2006	25/02/2006 00:00	33902.0116152004-99	168933	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	23/02/2011 00:00	32000	Revisão Administrativa
2008	01/10/2008 00:00	33902.0161502004-51	169511	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	16000		0	
2005	04/02/2005 00:00	33902.0116152004-08	169934	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	02/02/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2008	24/02/2008 00:00	33902.2445732003-90	171540	Arguendo	Impropriedade	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS	0		0	
2005	29/02/2005 00:00	33902.0116152004-19	171944	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAUDE PLUS ASSISTENCIA MEDICA LTDA	50000	30/02/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa

ANS - Agência Nacional de Saúde

Multas - UF do Beneficiário ou do Interlocutor PR

Ano	Data de decisão	Número do Processo	Nº da Demanda	Status da Demanda	Tipo de penalidade	Reg. ANS	Razão social operadora	Valor total c/ multa dilata	Data de decisão da 2ª instância	Valor para alteração da multa lida	Tipo de decisão de 2ª instância
2003	01/12/2003 00:00	33902.0031172001-30	106	Arquivado	Multa Pecuniária	37179	TOTAL SAÚDE - ASSESSORIA E ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA	10000		0	
2003	41/12/2003 00:00	33902.0480592000-02	1612	Em Cobrança	Multa Pecuniária	40651	PARANÁ ODONTOLÓGICA SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS S/C LTDA	60000	10/04/2006 00:00	60000	Problema Negado
2002	28/5/2002 00:00	33902.0480392000-10	1715	Operadora	Multa Pecuniária	006955	CIA DE SEGUROS GRALHA AZUL	10000		10000	Problema Negado
2010	20/02/10 00:00	33902.0388042002-47	2772	Análise de Publicação	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	45000		0	
2003	10/3/2003 00:00	33902.0611912002-41	2885	Operadora	Multa Pecuniária	349712	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	27000		0	
2003	21/3/2003 00:00	33902.0628492002-32	4169	Operadora	Multa Pecuniária	337106	UNIMED COSTA OESTE - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2005	16/8/2005 00:00	33902.0357902002-61	5731	Arquivado	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	18/12/2010 00:00	50000	Problema Negado
2005	18/12/2005 00:00	33902.0380452002-88	7217	Em Cobrança	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	50000	28/04/2008 00:00	50000	Problema Negado
2003	30/04/2003 00:00	33902.0339762002-24	7602	Operadora	Multa Pecuniária	335341	ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINICAL LTDA	21000		0	
2003	09/5/2003 00:00	33902.1012522002-11	8860	Operadora	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	35000		0	
2003	10/3/2003 00:00	33902.0339742002-91	9937	Operadora	Multa Pecuniária	410934	CENTRO CLÍNICO PARANAENSE S/C LTDA	50000	11/8/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2005	24/5/2005 00:00	33902.1833392002-14	12447	Em Cobrança	Multa Pecuniária	330353	NOVA CLÍNICA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	0		0	
2004	5/02/2004 00:00	33902.1408562002-82	14035	Arquivado	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000	04/02/10 00:00	50000	Problema Negado
2005	14/2/2005 00:00	33902.1055232003-53	14168	Em Cobrança	Multa Pecuniária	333735	SERVIÇO - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	0		0	
2005	18/8/2005 00:00	33902.2025852003-47	14484	Arquivado	Multa Pecuniária	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS	48000		0	
2003	10/8/2003 00:00	33902.0612542002-60	15868	Arquivado	Multa Pecuniária	358282	UNIMED NORTE DO PARANÁ COOPERATIVA REGIONAL DE TRABALHO MÉDICO	11000	24/11/2010 00:00	0	Problema Negado
2005	11/2/2005 00:00	33902.0177822001-09	15929	Arquivado	Multa Pecuniária	413101	ODONTONET ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS LTDA	7252	18/11/2010 00:00	0	Problema Dado
2005	09/11/2005 00:00	33902.0501912002-16	16410	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	50000		0	
2009	20/7/2009 00:00	33902.11379204-18	17232	Arquivado	Multa Pecuniária	31677	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	15000	29/3/2010 00:00	6000	Revisão Administrativa
2005	7/10/2005 00:00	33902.1024632002-71	18191	Arquivado	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2006	3/03/2006 00:00	33902.1066192002-89	19631	Arquivado	Multa Pecuniária	310328	CORPONE ADM. SERV. MED. ODONTOL. S/C LTDA	0		0	
2006	21/2/2006 00:00	33902.1084652002-73	20096	Arquivado	Multa Pecuniária	400380	IRLANDIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA	50000	11/04/2011 00:00	32000	Problema Negado
2006	21/2/2006 00:00	33902.1250712002-80	24600	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	CAOS DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	15000	29/3/2010 00:00	6000	Revisão Administrativa
2005	13/04/2005 00:00	33902.1408622002-30	25287	Em Cobrança	Multa Pecuniária	402753	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA	14000	29/3/2010 00:00	14000	Revisão Administrativa
2005	16/8/2005 00:00	33902.1286872002-41	25651	Em Cobrança	Multa Pecuniária	31677	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2005	19/10/2005 00:00	33902.0887412003-34	26532	Arquivado	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2007	30/3/2007 00:00	33902.1408302002-34	26965	Arquivado	Multa Pecuniária	31677	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2006	04/02/2006 00:00	33902.1024582002-68	27343	Arquivado	Multa Pecuniária	372609	NOSSA SAÚDE - OPERADORA PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA	9000	04/02/2011 00:00	0	Problema Dado
2006	3/04/2006 00:00	33902.2071522002-41	33487	Arquivado	Multa Pecuniária	410934	CENTRO CLÍNICO PARANAENSE S/C LTDA	50000	01/12/2011 00:00	40400	Revisão Administrativa
2006	11/12/2006 00:00	33902.2226242002-41	35655	Em Cobrança	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAÚDE PLUS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	32000	29/3/2010 00:00	32000	Revisão Administrativa
2004	19/12/2004 00:00	33902.1557992002-36	35678	Arquivado	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAÚDE PLUS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	0		0	
2007	09/02/2007 00:00	33902.2209552002-11	38805	Arquivado	Multa Pecuniária	31677	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2007	28/02/2007 00:00	33902.1131032003-55	41370	Arquivado	Multa Pecuniária	31677	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2005	11/10/2005 00:00	33902.2094672002-89	43203	Em Cobrança	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2005	28/9/2005 00:00	33902.2168332002-56	43208	Arquivado	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2003	11/2/2003 00:00	33902.1887772002-52	43424	Arquivado	Multa Pecuniária	364941	PLANOS DE SAÚDE PSIM PREVENÇÃO, SAÚDE, MEDICINA E CIRURGIA LTDA ME	14000	14/5/2009 00:00	14000	Problema Negado
2004	4/02/2004 00:00	33902.0884372003-21	46110	Em Cobrança	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	50000	11/10/2010 00:00	48000	Problema Negado
2005	16/8/2005 00:00	33902.2139892002-83	47393	Arquivado	Multa Pecuniária	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	0		0	
2004	08/02/2004 00:00	33902.2233052002-98	50955	Arquivado	Multa Pecuniária	412368	FALENCIA DE SAÚDE PLUS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	16000		0	
2006	29/06/2006 00:00	33902.1358472003-51	51651	Arquivado	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	
2005	23/06/2005 00:00	33902.2209152002-18	54074	Arquivado	Multa Pecuniária	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	0		0	



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 05/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Mauro Moraes, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.



Deputado Adelino Ribeiro
Presidente



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

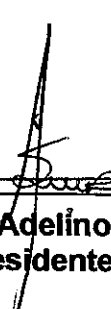
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 06/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Douglas Fabricio, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.



Deputado Adelino Ribeiro
Presidente



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

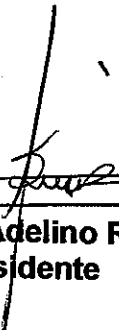
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 07/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Pércles de Mello, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.


Deputado Adelino Ribeiro
Presidente



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 08/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Paranhos, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente visível.

**Deputado Adelino Ribeiro
Presidente**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340
Telefone: (041) 3240-4000 - Fax: (041) 3240-4001 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

OFÍCIO N.º 099/2013 – DEFEP

Curitiba, 01 de março de 2013.

Prezado Deputado,

Em atenção ao seu ofício nº 12/2013, encaminhamos relação dos Planos de Saúde registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Atenciosamente.

DR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

Gestor do Departamento de Fiscalização

Ilmo. Sr.
DEPUTADO ADELINO RIBEIRO
Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Praça Nossa Senhora de Salette, s/n
CEP: 80530-911 – CURITIBA – PR

RELAÇÃO DE OPERADORAS DE SAÚDE REGISTRADAS NO CRM/PR

ATIVO	AAUG DO BRASIL OPERADORA DE SAÚDE LTDA.
ATIVO	ALL LIFE HEALTHY SERVIÇOS LTDA.
ATIVO	ASSISTANCE - ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.C. LTDA.
ATIVO	ASSOCIAÇÃO CIVIL PRÓ-SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
ATIVO	ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA
ATIVO	ASSOCIAÇÃO FUNDO DE PROTEÇÃO À SAÚDE - FUPS
ATIVO	ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DO MINISTÉRIO PÚBLICO
ATIVO	ASSOCIAÇÃO RECREATIVA DOS FUNCIONÁRIOS DA COAMO
ATIVO	ASSOCIAÇÃO SINPACEL
ATIVO	BLESSMED CONVÊNIOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA.
ATIVO	CABEFI CAIXA BELEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO GRUPO IGUAÇU
ATIVO	CENTRO MÉDICO DO CARMO LTDA.
ATIVO	CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
ATIVO	CLINIPREV SAÚDE LTDA.
ATIVO	COOPERATIVA DE CONSUMO E DE BENEFÍCIOS SOCIAIS E ECONÔMICOS
ATIVO	EMPRESARIAL PLANO DE ASSSITÊNCIA MÉDICA LTDA.
ATIVO	EVANGÉLICO SAÚDE LTDA.
ATIVO	EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.
ATIVO	FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
ATIVO	FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY
ATIVO	FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ATIVO	HOSPITAL CATARATAS LTDA.
ATIVO	HOSPITAL MARECHAL CÂNDIDO RONDON LTDA.
ATIVO	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
ATIVO	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ
ATIVO	ITAIPU BINACIONAL
ATIVO	NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.
ATIVO	NOVACLÍNICA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.
ATIVO	OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSAÚDE S.S. LTDA.
ATIVO	OUROCLIN ASSISTÊNCIA À SAÚDE S.C. LTDA.
ATIVO	PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
ATIVO	PARANÁ CLÍNICAS - PLANOS DE SAÚDE S.A.
ATIVO	POLI SAÚDE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA.
ATIVO	SANTA RITA SAÚDE LTDA.
ATIVO	SAÚDE TOTAL LTDA.
ATIVO	SINAMED - SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA.
ATIVO	SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA.
ATIVO	UNICLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE LTDA.
ATIVO	UNIMED APUCARANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

RELAÇÃO DE OPERADORAS DE SAÚDE REGISTRADAS NO CRM/PR

ATIVO	UNIMED DE FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED DE PARANAGUÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED DE PARANAVAÍ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS
ATIVO	UNIMED DO OESTE DO PARANÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED FRANCISCO BELTRÃO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED NOROESTE DO PARANÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED NORTE DO PARANÁ COOPERATIVA REGIONAL DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED PATO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURÃO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED REGIONAL MARINGÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ATIVO	UNIMED VALE DO PIQUIRI - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO VALE DO PIQUIRI
ATIVO	VOLVO DO BRASIL VEÍCULOS LTDA.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040
Telefone (021) 2105-0048 - www.ans.gov.br

Ofício nº 1029/NUCLEO PR/DIFIS/ANS

Curitiba, 14 de maio de 2013.

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Adelino Ribeiro
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Praça Nossa Senhora da Salete s/n - Centro Cívico
CEP 80530911 - CURITIBA - PR

Assunto: **Resposta ao Ofício nº 022/2013, desta Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde**

Senhor Deputado,

1. Em atendimento ao Ofício em referência, que solicitou cópia da consulta realizada pelo Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná protocolada na ANS em 2010, informamos que foram encaminhadas duas denúncias pela COMISSÃO ESTADUAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO PARANÁ, em 09/08/2010, solicitando a averiguação de descumprimento da RN 71/2004 pelas Operadoras de planos de saúde que atuam no Estado do PR, listando em específico, as Operadoras AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL, CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - CASSI, FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ e SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE. Essas denúncias deram origem aos processos administrativos nº 25782.009434/2010-26 e nº 25782.010107/2010-17, cujas cópias seguem anexas ao presente Ofício.

2. Informamos que os processos acima referidos se encontram arquivados, tendo em vista a continuidade da apuração das condutas relatadas através dos seguintes processos administrativos:

2.1. Processo nº 33902.367251/2011-28 relativo à Operadora Amil Assistência Médica Internacional:

A Operadora foi oficiada pela Gerencia de Relação com Prestadores de Serviços - GERPS para apresentação de cinco instrumentos jurídicos firmados entre ela e prestadores de serviços médicos em consultórios no Estado do Paraná. A Operadora não se manifestou e foi lavrada a Representação nº 11/GERPS/GGISE/DIDES em 30/03/2011. O processo se encontra na Gerencia de Fiscalização Regulatória - GEFIR na fase de apuração.

2.2. Processo nº 33902.098170/2010-91 relativo a Operadora Sul América Companhia de Seguro Saúde S/A:

O processo foi inaugurado em decorrência da denúncia encaminhada à ANS pelo CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - contra a operadora SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE em razão da não adequação dos instrumentos jurídicos firmados com diversos prestadores de serviço. Da análise da denúncia encaminhada e dos contratos firmados entre a operadora e diversos prestadores de serviços, a GERPS/GGSUS concluiu pela existência de indícios de infração à legislação de saúde suplementar e oficiou a operadora em abril/2011. Em resposta, a operadora enviou o Ofício à ANS, por meio do qual solicitou que fosse aguardada a devida aprovação das cláusulas contratuais que estariam sendo analisadas no Processo Administrativo nº 33902.095536/2010-71. Em 18/5/2011, a GERPS/DIDES encaminhou nova notificação à operadora, ressaltando que eram distintos os processos citados na manifestação da operadora e o 33902.098170/2010-9. Posteriormente, a DIDES lavrou as Representações nº 23/GERPS/GGISE/DIDES/2011 e nº 24/GERPS/GGISE/DIDES/2011, em 18/7/2011: a primeira, por ter a operadora deixado de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora de serviços de saúde, e a segunda, pelo não envio das informações solicitadas no prazo devido. Em 23/08/2011, foi lavrado o AI nº 38053, relacionando

todas as infrações constatadas. Encerrada a fase de apuração, o processo se encontra na fase de elaboração de parecer e decisão.

2.3. Processo nº 33902105235/2010-62 relativo a Operadora Fundação Saúde Itaú:

Após apuração o processo foi arquivado, conforme informações constantes no Despacho de Expediente nº 103/2011/GERPS/GGISE/DIDES/ANS, com cópia anexa ao presente Ofício.

2.4. Processo nº 33902.012850/2006-40 decorrente de Programa Olho Vivo realizado na Operadora Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI:

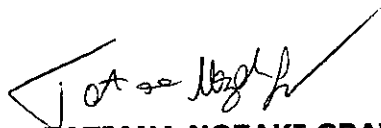
Em 21/01/2011, houve a decisão em 1ª instância, sendo aplicada multa de R\$ 50.000,00 pela ausência de cláusula contemplando a periodicidade para o reajuste dos valores dos contratos firmados entre a Operadora e os prestadores UM Urgências Médicas Ltda e Exame Laboratório de Patologia Clínica S/C Ltda. Em 06/06/2011, o processo foi arquivado pelo motivo de Decisão condenatória com pagamento de multa.

2.4. Processo nº 33902.105242/2010-64 - Fundação COPEL de Previdência e Assistência Social:

O processo foi lavrado em decorrência da lavratura da Representação nº 01/GERPS/GGISE/DIDES/2011 em razão do não envio de resposta ao Ofício nº 109/2010/GERPS/GGISE/DIDES, no qual foram apontadas diversas irregularidades nos contratos firmados pela Operadora com alguns de seus prestadores. O processo foi devolvido à GERPS para complementação de informações para continuidade da apuração.

3.Colocamo-nos à disposição e, por oportuno, indicamos o endereço eletrônico www.ans.gov.br onde pode ser encontrada toda a legislação que regulamenta as atividades das empresas que comercializam, administram ou disponibilizam planos de assistência suplementar à saúde.

Atenciosamente



TATIANA NOZAKI GRAVE

Chefe de Núcleo – Matrícula SIAPE nº 1512945
NUCLEO ANS PR
AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 22/2013

Curitiba, 08 de abril de 2013.

ANS NUCLEO PR 16/ABR/2013 13:19 002176

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **REQUISITAR A DOCUMENTAÇÃO QUE SEGUE:**

Em depoimento prestado a esta Comissão na data de 12 de março de 2013 o Dr. Murilo Rubens Schaefer, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, fez referencia a Consulta Oficial protocolada na ANS em 2010, por meio da qual foram apresentados contratos de prestação de serviços celebrados entre a classe médica e as operadoras de planos de saúde, com o escopo de verificar sua conformidade com a legislação desta Agencia Reguladora.

Desta feita, requeremos a apresentação de cópia da referida consulta, bem como de eventuais procedimentos administrativos a que tenha dado origem.



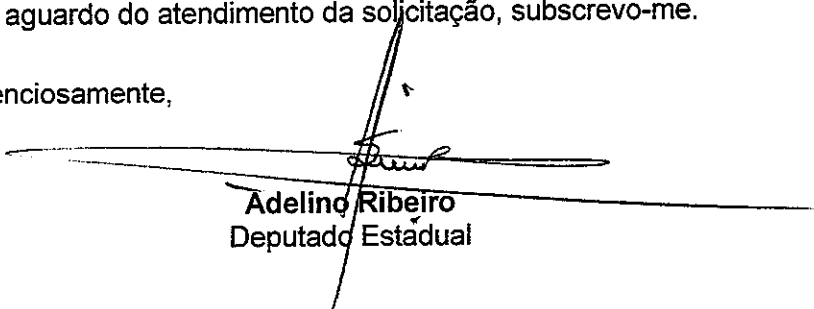
Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



GERPS/GGISE/DIDES/ANS

Protocolo n.º 33902.423953/2011-07

Data: 03/06/2011

Hora: 16:47

Assinatura: Ana

Despacho de Expediente nº 103 /2011/GERPS/GGISE/DIDES/ANS

Rio de Janeiro, 02 de junho de 2011.

Operadora: Fundação Saúde Itaú

Processo nº: 33902.105235/2010-62

Registro ANS: 31.212-6

Assunto: Arquivamento de processo.

Ao Gerente de Relações com Prestadores de Serviços,

Trata o processo de demanda motivada pela Associação Paranaense de Prestadores de Serviço de Fisioterapia – APFSIO, na qual foram analisados os instrumentos jurídicos entre a FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ com os seguintes prestadores de serviços: INSTITUTO TERAPÊUTICO DE CURITIBA S/C LTDA (CNPJ Nº 81.247.595/0001-86), MARCOS ANTONIO RIBAS (CPF Nº 470247639-46), CLINICA DALMA PISKE TEIXEIRA SC LTDA (CNPJ nº 73.230.716/0001-59).

Da análise dos instrumentos contratuais enviados pela operadora (fls.20-63), foi enviada uma Notificação (Fl.64), datada de 31/08/2010, apontando as inconformidades constatadas por esta Gerência de Relações com Prestadores de Serviços – GERPS, conforme seguem:

1. Instituto Terapêutico de Curitiba S/C Ltda e Clínica Dalma Piske Teixeira SC Ltda.

- 1.1 Na cláusula quarta – DA AUDITORIA – deixou de estabelecer com clareza a rotina de auditoria técnica e administrativa, no contrato firmado com a clínica ambulatorial.
- 1.2 Na cláusula décima – DO REAJUSTE –, observa-se que a forma de reajuste dos valores dos serviços não está clara: “negociação entre as partes”.

2. Marcos Antonio Ribas

- 2.1 Na cláusula quarta – DA AUDITORIA – deixou de estabelecer com clareza a rotina de auditoria técnica e administrativa, no contrato firmado com a clínica ambulatorial.
- 2.2 Na cláusula décima – DO REAJUSTE – , observa-se que a forma de reajuste dos valores dos serviços não está clara: “negociação entre as partes”.
- 2.3 Na cláusula décima quinta – DA VIGÊNCIA – estabeleceu o prazo mínimo de 30 dias para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço e o prazo de vigência acordado é indeterminado.
- 2.4 Deixou de estabelecer que a operadora irá comunicar aos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, a rescisão ou não renovação do contrato com o profissional de saúde ou pessoa jurídica que presta serviços em consultório, garantindo os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência.
- 2.5 Deixou de garantir, expressamente, a disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica que presta serviços em consultório em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente.

Além das cláusulas supracitadas não adequadas as respectivas resoluções normativas, observa-se que na cláusula décima primeira — DA APRESENTAÇÃO DAS GUIAS DE TRATAMENTO — tem-se:

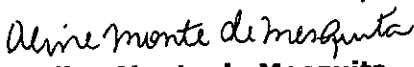
- 1 A operadora dispõe que deverão ser apresentadas as guias de tratamento fornecidas pela PASS para a fatura.
- 2 A operadora solicita o preenchimento do CID – 10 no item 2 desta cláusula.



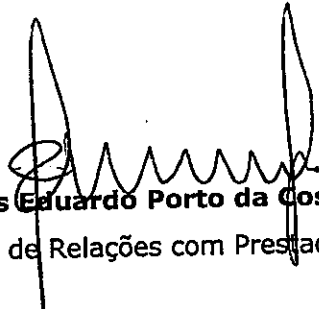
Diante do exposto, a Operadora por meio do expediente COR 166/2010 (fls. 94-108) apresentou os esclarecimentos quanto aos itens apontados supracitados. Após análise por esta Gerência das novas cláusulas sugeridas, foi enviado o Ofício 142/2010/GERPS/GGISE/DIDES/ANS (fl. 109) solicitando-se a exclusão da cláusula que estabelecia a possibilidade de recuperação extrajudicial. Em resposta, a operadora por meio do expediente COR 195/2010 (fl. 112) informou que procedeu a alteração solicitada e como prova, anexou os termos aditivos já assinados pelos prestadores ao presente processo (fls.112/129). Após nova análise por esta Gerência, constatou-se erros de cadastrais nos dados da qualificação dos prestadores: Marco Antonio Ribas (n^{os} de CPF e CNES errados) e Clínica Dalma Piske Teixeira Ltda (n^o CNES) e solicitou-se a correção por meio do Ofício 63/2011/GERPS/GGISE/DIDES/ANS (fl. 130) . Desta forma, por meio do Ofício COR 57/2011 (fl.132), a Operadora enviou os instrumentos jurídicos devidamente assinados e com os dados cadastrais retificados (fls. 133-143). Após nova análise, observou-se que os mesmos encontravam-se de acordo com o disposto na RN 54/03.

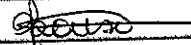
Com base no exposto, sugiro o arquivamento do processo em tela.

Atenciosamente,


Aline Monte de Mesquita
Especialista em Regulação
GERPS/GGISE/DIDES/ANS

De acordo,


Carlos Eduardo Porto da Costa Figueiredo
Gerente de Relações com Prestadores de Serviços

Gerência/Diretoria: NURAF.PR / DIFIS
Protocolo nº 25782-003865/2013-21
Data: 18/04/13 Hora: 13:46
Assinatura: 

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040
Telefone (021) 2105-0048 - www.ans.gov.br

Ofício nº 684/NUCLEO PR/DIFIS/ANS

Curitiba, 16 de abril de 2013.

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Adelino Ribeiro
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Praça Nossa Senhora da Salette s/n - Centro Cívico
CEP 80530911 - CURITIBA - PR

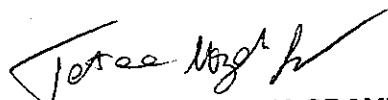
Assunto: **Resposta ao Ofício nº 024/2013, desta Assembleia**

Senhor Deputado,

1. Em atendimento ao Ofício em referência, que solicitou relatório pormenorizado das penalidades aplicadas às Operadoras de planos de saúde no âmbito do Estado do Paraná nos últimos doze meses, que essa questão foi encaminhada para ciência e manifestação do setor competente da ANS.

2. Colocamo-nos à disposição e, por oportuno, indicamos o endereço eletrônico www.ans.gov.br onde pode ser encontrada toda a legislação que regulamenta as atividades das empresas que comercializam, administram ou disponibilizam planos de assistência suplementar à saúde.

Atenciosamente



TATIANA NOZAKI GRAVE
Chefe de Nucleo - Matrícula SIAPE nº 1512945
NUCLEO ANS PR
DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS	
D I F I S	
Protocolo n.º 33902	328348 2013 93
Data Registro	30/04/2013
Hora Registro	11:45
Assinatura:	<i>Deborah Cordeiro</i>

Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ofício nº 57 /2013/DIFIS/ANS

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2013.

A Sua Senhoria o Senhor

ADELINO RIBEIRO

Ilustre Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito
dos Planos de Saúde do Estado do Paraná
Assembléia Legislativa do Estado do Paraná
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Rua Praça Nossa Senhora de Salete s/n - Curitiba/PR
CEP: 80530-911

Assunto: **Programa de Fiscalização contínua**

Referência: **Ofício nº 24/2013. Complemento de informações prestadas ao Ofício nº 684/NUCLEO PR/DIFIS/ANS**

Ilustríssimo Senhor Deputado,

Com meus cordiais cumprimentos e, em complemento às informações prestadas pelo Núcleo da ANS no Estado do Paraná, faço menção ao Ofício em referência, documento através do qual essa Assembléia Legislativa Estadual solicitou, em suma:

- a) todas as penalidades aplicadas às operadoras do Estado do Paraná nos últimos 12 meses;
- b) o motivo da aplicação da penalidade;
- c) valor ou tempo de duração da penalidade aplicada;
- d) cumprimento da eventual penalidade ou fase em que se encontra.

Com o fito de bem e fiel cumprir a solicitação acima descrita, informo que foi efetuada uma busca junto ao SIF – Sistema Integrado de Fiscalização que resultou na Planilha de 10 laudas, que ora encaminho em anexo ao presente e, na qual a área técnica competente buscou condensar todas as informações solicitadas por esta Douta Casa Legislativa.

No que tange ao item b do Ofício de Vossa Senhoria insta acentuar, contudo, que esta Agência não dispõe de ferramenta hábil a gerar um único documento que arrole os

M

motivos de aplicação das penalidades adotadas em cada um dos processos constantes na referida pesquisa.

Entretanto, cumpre mencionar que esta Autarquia disponibiliza em seu sítio eletrônico (www.ans.gov.br) busca pormenorizada de cada processo que tramita/tramitou na ANS pelo seguinte caminho: Planos de Saúde e Operadoras/ Espaço do Consumidor/ Acompanhamento de processos, conforme demonstrado no documento em anexo que utilizamos como modelo.

Sem mais para o momento, permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos julgados necessários.

Aproveito o ensejo para renovar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Dalton Coutinho Callado
Diretor Adjunto de Fiscalização
Diretoria de Fiscalização



A agência reguladora de
planos de saúde do Brasil



Busca avançada

Principal Acesso à Informação A ANS Planos de Saúde e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores

Você está em: Planos de Saúde e Operadoras Espaço da Operadora Acompanhamento de Processos

Contratação e Troca de
Plano

Informações e Avaliações
de Operadoras

Espaço do Consumidor

Espaço da Operadora

Calendário das
Operadoras

Atendimento a
Operadoras

Registro e Manutenção
de Operadoras e
Produtos

Compromissos e
interações com a ANS

Aplicativos ANS

Acompanhamento de
Processos

Central de Atendimento
a Operadoras

Editais de Convocação
à Praça

Decisões de Processos de Fiscalização - 1ª Instância

Nome, CNPJ ou Registro ANS

Nº do processo

33902003117200120

Demanda

Data Início

Data Fim

Pesquisar

Limpar

Número de registros por página: 20

Resultados 1 - 1 de 1

Processo	Observação
Razão: SAÚDE FAMILIAR LTDA Processo: 33902003117200120 Demanda: 106 Data: 08/12/2003	Ausência de registro de operadora. Infração ao art. 9º, inciso I da Lei n.º 9.656/98. Reconhecimento da infração. Fixação de multa pecuniária no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais) diários.

Resultados 1 - 1 de 1

Estrutura do Portal ANS

Acesso à Informação

Institucional
Ações e programas
Auditorias
Convênios
Despesas
Licitações
Contratos
Servidores
Perguntas frequentes
Sobre a Lei de Acesso à Informação
Serviço de Informação ao Cidadão - SIC

Participação da Sociedade

Câmara de Saúde Suplementar
COPISS
Comitê Gestor do QUALISS - COGEP
Câmaras e Grupos Técnicos
Consultas Públicas
Audiências Públicas

A ANS

Quem Somos
Nossos Serviços e Produtos
Central de Atendimento
Nossos Endereços
Transparência Institucional
Licitações
Concursos Públicos
Notícias ANS
Eventos
Ouvidoria
Comissão de Ética

Legislação

Busca de Legislação
Elaboração da Legislação

Materiais para Pesquisas

Perfil do Setor
Materiais por tipo de publicação

Planos de Saúde e Operadoras

Contratação e Troca de Plano
Informações e Avaliações de Operadoras
Espaço do Consumidor
Espaço da Operadora

Prestadores

QUALISS
TISS
Contratualização
Central de Atendimento

Imprensa

Releases
Notícias Comentadas
ANS na Mídia
Multimídia
Dados do Setor



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 20/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

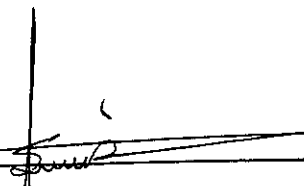
Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer na data de 26 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 20/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer na data de 26 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 20/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer na data de 02 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

25/03/2013

Rosana Juavada



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' e o sobrenome 'Ribeiro' claramente visíveis.

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 20/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer na data de 02 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

*Fulvi com
ela*

as 14:20

dia 01.04



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 21/2013

Curitiba, 04 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Gabriel Schulman,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o DR. GABRIEL SCHULMAN, advogado especialista em causas envolvendo planos de saúde, para comparecer na data de 09 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Rua Gabriel de Lara, 95 - Batel
Batel - Curitiba / PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 21/2013

Curitiba, 04 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Gabriel Schulman,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **CONVIDAR** o DR. GABRIEL SCHULMAN, advogado especialista em causas envolvendo planos de saúde, para comparecer na data de 09 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

DR. GABRIEL SCHULMAN
Rua Gabriel de Lara, 95 - Batel
Batel - Curitiba / PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 22/2013

Curitiba, 08 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **REQUISITAR A DOCUMENTAÇÃO QUE SEGUE:**

Em depoimento prestado a esta Comissão na data de 12 de março de 2013 o Dr. Murilo Rubens Schaefer, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, fez referencia a Consulta Oficial protocolada na ANS em 2010, por meio da qual foram apresentados contratos de prestação de serviços celebrados entre a classe médica e as operadoras de planos de saúde, com o escopo de verificar sua conformidade com a legislação desta Agencia Reguladora.

Desta feita, requeremos a apresentação de cópia da referida consulta, bem como de eventuais procedimentos administrativos a que tenha dado origem.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 23/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

ANS NÚCLEO PR 16/ABR/2013 13:21 002176

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **REQUISITAR** a apresentação de resposta aos seguintes quesitos formulados pelos membros desta CPI, no prazo de 10 dias:

- 1) A ANS DETERMINA QUE HAJA UM CONTRATO ENTRE AS OPERADORAS DOS PLANOS DE SAÚDE E OS PRESTADORES DE SERVIÇO, NO CASO OS MÉDICOS, ONDE FIQUE CLARO O TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, A REMUNERAÇÃO E OS TERMOS DE REAJUSTES. DE QUEM É A RESPONSABILIDADE DE FISCALIZAR ESSES CONTRATOS?
- 2) QUE TIPO DE FISCALIZAÇÃO, AUTUAÇÃO E PUNIÇÃO A ANS VEM REALIZANDO E APLICANDO ÀS OPERADORAS DE SAÚDE ESPECIFICAMENTE NO QUE DIZ RESPEITO AOS CONTRATOS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇO?
- 3) A INSTRUÇÃO NORMATIVA 49, EM SEU ARTIGO 4º, PREVÊ QUATRO FORMAS QUE NORTEIAM OS REAJUSTES DOS MÉDICOS:
 - 1) ÍNDICE VIGENTE E DE CONHECIMENTO PÚBLICO



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

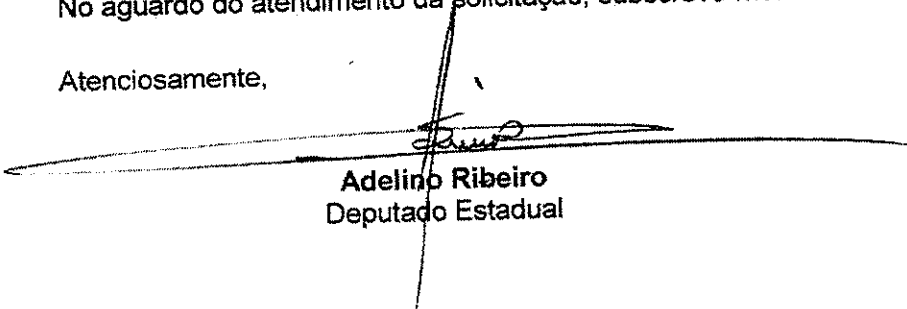
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

12) OS MÉDICOS PODEM COBRAR "POR FORA" OU A PARTE DOS PACIENTES SOBRE PROCEDIMENTOS REALIZADOS? QUAL A ORIENTAÇÃO E ATUAÇÃO DA ANS SOBRE ESSES CASOS?

Lembramos que o não atendimento desta requisição sujeita o responsável às penas da lei, nos termos do artigo 37, VI do Regimento Interno desta Casa de Leis.

No aguardo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 23/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **REQUISITAR** a apresentação de resposta aos seguintes quesitos formulados pelos membros desta CPI, no prazo de 10 dias:

- 1) A ANS DETERMINA QUE HAJA UM CONTRATO ENTRE AS OPERADORAS DOS PLANOS DE SAÚDE E OS PRESTADORES DE SERVIÇO, NO CASO OS MÉDICOS, ONDE FIQUE CLARO O TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, A REMUNERAÇÃO E OS TERMOS DE REAJUSTES. DE QUEM É A RESPONSABILIDADE DE FISCALIZAR ESSES CONTRATOS?
- 2) QUE TIPO DE FISCALIZAÇÃO, AUTUAÇÃO E PUNIÇÃO A ANS VEM REALIZANDO E APLICANDO ÀS OPERADORAS DE SAÚDE ESPECIFICAMENTE NO QUE DIZ RESPEITO AOS CONTRATOS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇO?
- 3) A INSTRUÇÃO NORMATIVA 49, EM SEU ARTIGO 4º, PREVÊ QUATRO FORMAS QUE NORTEIAM OS REAJUSTES DOS MÉDICOS:
 - 1) ÍNDICE VIGENTE E DE CONHECIMENTO PÚBLICO



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

- 2) PERCENTUAL PREFIXADO
- 3) VARIAÇÃO PECUNIÁRIA POSITIVA
- 4) FÓRMULA DE CÁLCULO DO REAJUSTE

EM NÃO HAVENDO UM ACORDO ENTRE AS PARTES, APLICA-SE UM DOS ITENS ACIMA COMO REAJUSTE. QUEM DETERMINA QUAL DEVE SER O REAJUSTE? QUEM FICALIZA E GARANTE O EFETIVO CUMPRIMENTO DESTA PREVISÃO?

- 4) A AGÊNCIA TEM RECEBIDO RECLAMAÇÕES OU REIVINDICAÇÕES DAS CATEGORIAS MÉDICAS? COMO A ANS VEM ATUANDO NESTA RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E MÉDICOS, NO QUE DIZ RESPEITO À REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS E DESCREDECENCIAMENTO DOS MÉDICOS. O QUE A AGÊNCIA TEM FEITO PARA GARANTIR OS DIREITOS DOS CONSUMIDORES?
- 5) A AGÊNCIA TEM ACESSO ÀS PLANILHAS DE CUSTOS E ARRECADAÇÕES DAS OPERADORAS DOS PLANOS DE SAÚDE? É POSSÍVEL CALCULAR O VALOR ADEQUADO PARA SE APLICAR COMO PISO?
- 6) AS CLASSES MÉDICAS NOS INDICARAM QUE NO PERÍODO DE DEZ ANOS A INFLAÇÃO OFICIAL CHEGOU À CASA DOS 120% ENQUANTO O REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE AO CONSUMIDOR ALCANÇOU 150%, MAS QUE OS MÉDICOS NÃO TIVERAM O MESMO REPASSE, FICANDO MUITO INFERIOR AOS DOIS ÍNDICES. QUAL A POSIÇÃO DA ANS A RESPEITO DISSO?
- 7) OS SENHORES PODERIAM NOS EXPLICAR OU FAZER UM COMPARATIVO ENTRE AS RESOLUÇÕES NORMATIVAS 71 E 49?
- 8) QUANTO AOS DIRETORES TÉCNICOS. HÁ PLANOS REGISTRADOS JUNTO AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA QUE NÃO POSSUEM DIRETORES REGISTRADOS COMO EXIGE A LEI 6.839/1980. QUAL A POSIÇÃO DA ANS A RESPEITO E QUAL A IMPLICAÇÃO DISSO?
- 9) QUANDO OS MÉDICOS SE DESCREDECENCIAM DOS PLANOS DE SAÚDE, EXISTE UM PRAZO PARA QUE ELE DEIXE DE ATUAR?
- 10) EXISTEM REGRAS QUANTO A PRAZO PARA UM PACIENTE/USUÁRIO DO PLANO DE SAÚDE POSSA TER SUA CONSULTA AGENDADA?
- 11) PARA ALGUMAS ESPECIALIDADES QUASE NÃO EXISTEM MAIS MÉDICOS CREDENCIADOS, COMO É O CASO DA PEDIATRIA. QUAL A ORIENTAÇÃO DA ANS NESTES CASOS, EM QUE HÁ UMA GRANDE DEMORA PARA O AGENDAMENTO DE CONSULTAS?



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

12) OS MÉDICOS PODEM COBRAR "POR FORA" OU A PARTE DOS PACIENTES SOBRE PROCEDIMENTOS REALIZADOS? QUAL A ORIENTAÇÃO E ATUAÇÃO DA ANS SOBRE ESSES CASOS?

Lembramos que o não atendimento desta requisição sujeita o responsável às penas da lei, nos termos do artigo 37, VI do Regimento Interno desta Casa de Leis.

No aguardo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 24/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **REQUISITAR** a apresentação, no prazo de 20 dias, de relatório pormenorizado constando as seguintes informações:

- a) Todas as penalidades aplicadas às operadoras de planos de saúde no âmbito do Estado do Paraná nos últimos 12 meses, devendo a informação de cada penalidade ser apresentada individualmente;
- b) O motivo da aplicação da penalidade;
- c) O valor ou tempo de duração da penalidade aplicada;
- d) Informação sobre o efetivo cumprimento da penalidade ou fase de eventual procedimento de execução.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Lembramos que o não atendimento desta requisição sujeita o responsável às penas da lei, nos termos do artigo 37, VI do Regimento Interno desta Casa de Leis.

No aguardo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 25/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

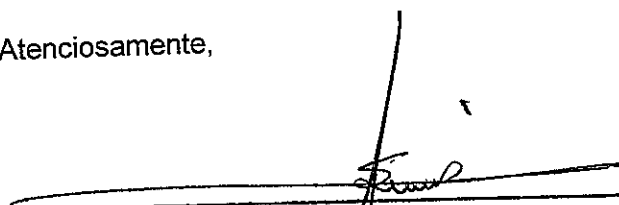
Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer ou enviar representante, na data de 16 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná

12/04/2013
PROCON/PR
Assinatura
"REPUBLICA" 11



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 25/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer ou enviar representante, na data de 16 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 26/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

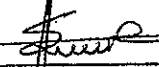
Prezado Senhor Roberto Eluard da Veiga Cavali, Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Estado do Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Roberto Eluard da Veiga Cavali, Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Estado do Paraná, para comparecer na data de 16 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

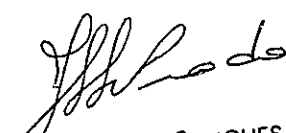
Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. Roberto Eluard da Veiga
Cavali, Presidente do
Conselho Regional de
Odontologia do Estado do
Paraná
Av. Manoel Ribas, 2281 -
Mercês - 80810-000 -
Curitiba-PR

*recebido
po*

FERNANDA S. SANCHES
SECRETÁRIA EXECUTIVA



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

pOfício nº 26/2013

Curitiba, 10 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Roberto Eluard da Veiga Cavali, Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Estado do Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Roberto Eluard da Veiga Cavali, Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Estado do Paraná, para comparecer na data de 16 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. Roberto Eluard da Veiga
Cavali, Presidente do
Conselho Regional de
Odontologia do Estado do
Paraná
Av. Manoel Ribas, 2281 -
Mercês - 80810-000 -
Curitiba-PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº27 /2013

Curitiba, 17 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Cadri Massuda, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor CADRI MASSUDA, para comparecer na data de 07 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.



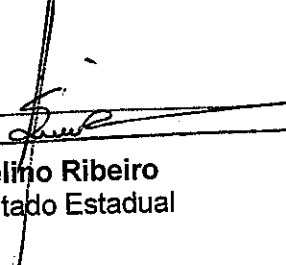
Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e
consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. Cadri Massuda
Associação Brasileira de
Medicina de Grupo
Av. Marechla Floriano
Peixoto, 306, 19º andar, salas
194 e 195 Centro.
CEP 80010-130 - Curitiba-
PR.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 27/2013

Curitiba, 17 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Cadri Massuda, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor CADRI MASSUDA, para comparecer na data de 07 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. Cadri Massuda
Associação Brasileira de
Medicina de Grupo
Av. Marechla Floriano
Peixoto, 306, 19º andar, salas
194 e 195 Centro.
CEP 80010-130 – Curitiba-
PR.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº28 /2013

Curitiba, 17 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor José Cechin, Federação Nacional da Saúde Suplementar,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor JOSÉ CECHIN, para comparecer na data de 07 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelfino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. José Cechin
Federação Nacional de Saúde
Suplementar
Rua Senador Dantas, 74, 8º
Andar, Centro.
CEP 20031-205 – Rio de
Janeiro.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 28/2013

Curitiba, 17 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor José Cechin, Federação Nacional da Saúde Suplementar,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor JOSÉ CECHIN, para comparecer na data de 07 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. José Cechin
Federação Nacional de Saúde
Suplementar
Rua Senador Dantas, 74, 8º
Andar, Centro.
CEP 20031-205 – Rio de
Janeiro.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 29/2013

Curitiba, 17 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Mauro Pereira, Superintendente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor MAURO PEREIRA, para comparecer na data de 07 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

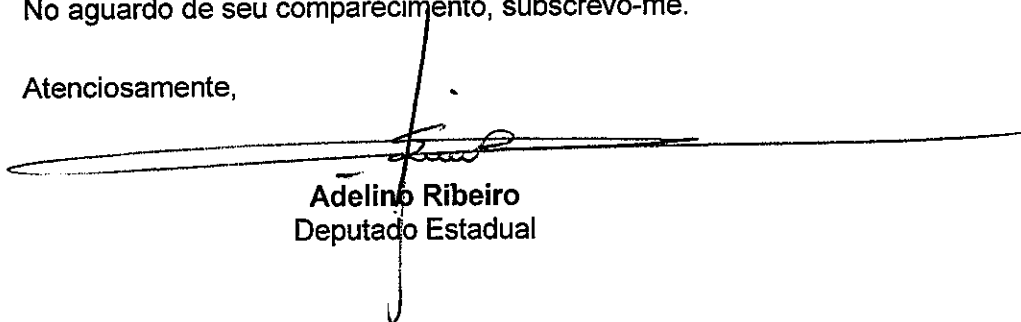
Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. Mauro Pereira
União Nacional das
Instituições de Autogestão em
Saúde Curitiba/PR
Av. Marechal Deodoro, 235,
sala 2002, Bairro: Centro
CEP: 80020-320 Curitiba, PR



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 29/2013

Curitiba, 17 de abril de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Mauro Pereira, Presidente da UNIDAS,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor MAURO PEREIRA, para comparecer na data de 07 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 30/2013

Curitiba, 07 de maio de 2013.

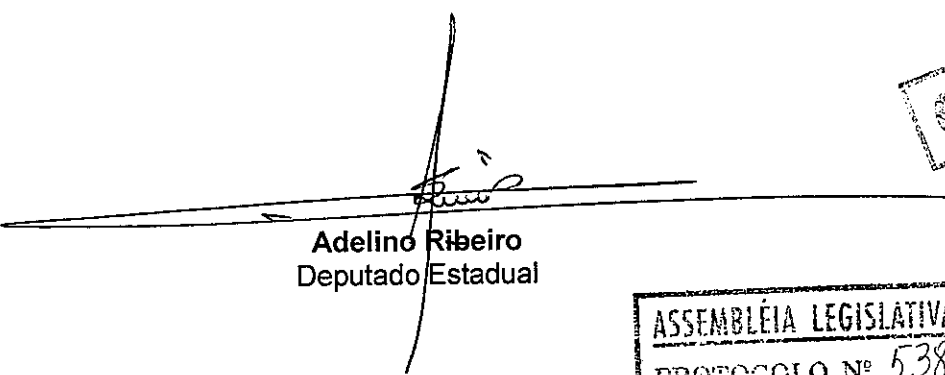
Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Excelentíssimo Senhor Deputado Plauto Miró Guimaraes Filho.

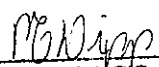
Vimos pelo presente, informar que os Deputados que compõem a CPI dos Planos de Saúde, realizarão Audiência Pública no município de Ponta Grossa no dia **16 de maio de 2013** a partir das 09 horas, com o objetivo de apurar as irregularidades cometidas pelos planos de saúde que atuam no estado do Paraná, pelo que solicitam seja locado para este fim, veículo com capacidade mínima de 12 (doze) passageiros, para transporte da referida comissão até a cidade de Ponta Grossa e retorno na mesma data.

No mesmo ensejo, solicitamos o pagamento de diárias e hospedagem para os funcionários que viajarão um dia antes (15 de maio de 2013) com o fito de promover a organização da referida Audiência, bem como todas as demais despesas que se apresentam e que sejam necessárias na viagem.

Certo do atendimento, agradecemos a atenção dispensada.


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

CÓPIA

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 5381
EM 07, 05, 13
 FUNCIONÁRIO



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 30/2013

Curitiba, 07 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Excelentíssimo Senhor Deputado Plauto Miró Guimaraes Filho.

Vimos pelo presente, informar que os Deputados que compõem a CPI dos Planos de Saúde, realizarão Audiência Pública no município de Ponta Grossa no dia **16 de maio de 2013** a partir das 09 horas, com o objetivo de apurar as irregularidades cometidas pelos planos de saúde que atuam no estado do Paraná, pelo que solicitam seja locado para este fim, veículo com capacidade mínima de 12 (doze) passageiros, para transporte da referida comissão até a cidade de Ponta Grossa e retorno na mesma data.

No mesmo ensejo, solicitamos o pagamento de diárias e hospedagem para os funcionários que viajarão um dia antes (15 de maio de 2013) com o fito de promover a organização da referida Audiência.

Certo do atendimento, agradecemos a atenção dispensada.

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 31/2013

Curitiba, 07 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Cadri Massuda, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, considerando às denúncias feitas pela Sra. Dulcimar de Conto, na reunião desta CPI realizada no dia 07 de maio de 2013, no que se refere ao custo de procedimentos e materiais repassados às operadoras pelos hospitais, venho através do presente **REQUISITAR** a esta Instituição que apresente:

- 1) as notas fiscais e os documentos relacionados às referidas denúncias, notadamente no caso apresentado da bomba de infusão, que custaria R\$ 19,00 (dezenove reais) e os hospitais cobram R\$ 900,00 (novecentos reais).



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

2) informação acerca de quem determina esses valores e por que as operadoras são obrigadas a acatar este preço.

No aguardo de sua resposta, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sr. Cadri Massuda
Associação Brasileira de
Medicina de Grupo
Av. Marechal Floriano
Peixoto, 306, 19º andar, salas
194 e 195 Centro. CEP
80010-130 – Curitiba-PR.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 32/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Orestes Barroso Medeiros Pullin, Diretor Presidente da UNIMED Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Orestes Barroso Medeiros Pullin, Diretor Presidente da UNIMED Paraná para comparecer na data de 21 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

UNIMED PARANÁ
Diretor Presidente Senhor
Orestes Barroso Medeiros
Pullin.
Rua Antônio Camilo, 283
Bairro: Tarumã
CEP: 82530-450



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 33/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Luiz Humberto de Souza Daniel, Presidente da UNIODONTO Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Luiz Humberto de Souza Daniel, Presidente da UNIODONTO Paraná para comparecer na data de 21 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

UNIMED PARANÁ
Diretor Presidente Senhor
Orestes Barroso Medeiros
Pullin.
Rua Miguel Poholink, 130
Bairro: Vila Hauver
CEP: 81610-220



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 34/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Rogerio Campos,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Rogério Campos para comparecer na data de 21 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

AMIL PARANÁ
Diretor Senhor Rogerio
Campos.
Rua comendador Araújo, 143
sala 22 , 2º andar
Bairro: Centro
CEP 80420-000



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 36/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

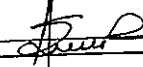
Ref.: Cessão do Plenário.

Prezado Senhor Prof. Rony Alves, presidente da Câmara municipal de Londrina.

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho por meio do presente solicitar a cessão do plenário da Câmara de Londrina, na data de 06 de junho de 2013, no período das 8:00 as 12:00 horas, bem como a disponibilização do serviço de gravação para a realização de Audiência Pública da Comissão Parlamentar de inquérito que investiga os Planos de Saúde.

Limitados ao exposto, renovamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 36/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

Ref.: Cessão do Plenário.

Prezado Senhor Prof. Rony Alves, presidente da Câmara municipal de Londrina.

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho por meio do presente solicitar a cessão do plenário da Câmara de Londrina, na data de 06 de junho de 2013, no período das 8:00 as 12:00 horas, bem como a disponibilização do serviço de gravação para a realização de Audiência Pública da Comissão Parlamentar de inquérito que investiga os Planos de Saúde.

Limitados ao exposto, renovamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 37/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

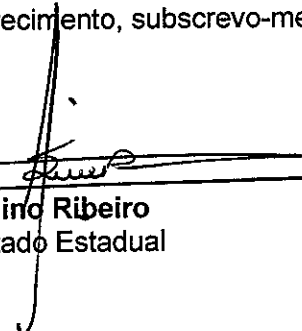
Prezado Senhor Orestes Barroso Medeiros Pullin, Diretor Presidente da UNIMED Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Orestes Barroso Medeiros Pullin, Diretor Presidente da UNIMED Paraná para comparecer na data de 21 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

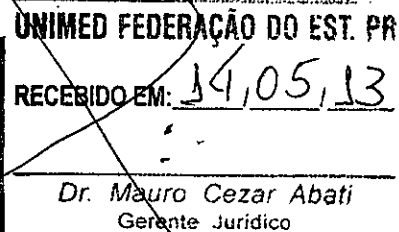
Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

UNIMED PARANÁ
Diretor Presidente Senhor
Orestes Barroso Medeiros Pullin
Rua Antônio Camilo, 283
Bairro: Taramã
CEP: 82530-450





Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 38/2013

Curitiba, 13 de maio de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

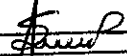
Prezado Senhor Luiz Humberto de Souza Daniel, Presidente da UNIODONTO Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Luiz Humberto de Souza Daniel, Presidente da UNIODONTO Paraná para comparecer na data de 21 de maio de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

UNIODONTO PARANÁ
Diretor Presidente Senhor
Luiz Humberto de Souza Daniel
Rua Miguel Poholink, 130
Bairro: Vila Hauer
CEP: 81610-220

Andrea Martins
15:38h
14/05/13



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 46/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Antonio Caetano de Paula

Presidente da Associação Médica de Londrina

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal que serve como guia para o nome. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 47/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Rubens Martins Júnior
Vice-Presidente da Associação Médica de Londrina

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 48/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Paulo Elías de Azevedo Albuquerque
2º Vice Presidente da Associação Médica de Londrina

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

Assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, sobre uma linha horizontal.

Deputado Estadual **Adelino Ribeiro**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 49/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Ascêncio Garcia Lopes Júnior
Secretário Geral da Associação Médica de Londrina

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 50/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Mário Machado Júnior
1º Secretário da Associação Médica de Londrina

Prezado Senhor,

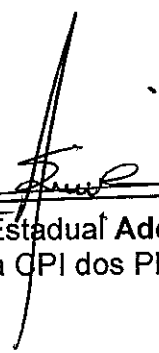
O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,



Deputado Estadual **Adelino Ribeiro**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 51/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Bruno Brum Silva
Coordenador Executivo PROCON Londrina

Prezado Senhor,

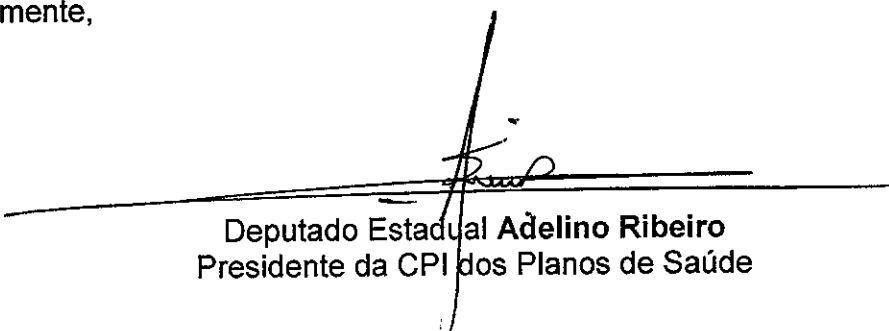
O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,



Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 52/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Vereador Pérciles Deliberador

Presidente da Comissão de Defesa do Consumidor e Segurança Pública

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

Assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, sobre uma linha horizontal.

Deputado Estadual **Adelino Ribeiro**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 53/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

A Senhora Vereadora Lenir de Assis

Presidente da Comissão de Seguridade Social

Prezada Senhora,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

Assinatura manuscrita de Adélino Ribeiro, sobre uma linha horizontal.

Deputado Estadual Adélino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 54/2013

Curitiba, 29 de maio de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Prof. Rony Alves

Presidente da Câmara Municipal de Londrina

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 06 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Londrina.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

Assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, sobre uma linha horizontal.

Deputado Estadual **Adelino Ribeiro**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 55/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Vereador Romulo Quintino

Presidente Comissão Defesa do Consumidor e Fiscalização de Serviços Públicos
Municipais

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 56/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Vereador Jorge Luiz Bocassanta
Comissão de Saúde e Assistência Social

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal que serve como guia para o nome. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 57/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Vereador Marcio José Pacheco Ramos
Presidente da Câmara Municipal de Cascavel

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal que serve como guia para o nome. A assinatura é fluida e estilizada, com o primeiro nome 'Adelino' sendo o mais proeminente.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 58/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Luiz Amélio Burgareli

Presidente em exercício da Associação Médica de Cascavel

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com uma longa traçada horizontal no final.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 59/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Fabio Branco
Secretário Geral

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal que serve como guia para o nome e cargo.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 60/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

A Senhora Maryan Spricido
Vice Presidente da Associação Médica de Cascavel

Prezada Senhora,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com uma longa traçada horizontal que se estende para a esquerda e uma vertical que se estende para cima e para baixo.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 61/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

A Senhora Adriana Bresolin
Departamento de Defesa Profissional

Prezada Senhora,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,



Deputado Estadual **Adelino Ribeiro**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 62/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Ao Senhor Emerson Vander Soares
Departamento Defesa Profissional

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal que serve como base para o nome. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 63/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Marcus Marques Santos

Departamento Defesa Profissional

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,

A assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estilizada, com o nome 'Adelino' claramente legível.

Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 64/2013

Curitiba, 04 de junho de 2013.

CONVITE

Ao Dr. José Ricardo Messias
Coordenador do Procon Cascavel

Prezado Senhor,

O deputado que a este subscreve tem a honra de convidá-lo a participar da Audiência Pública da CPI dos Planos de Saúde, a ser realizada no dia 14 de junho do corrente, a partir das 10 horas, no plenário da Câmara Municipal de Cascavel.

Sua participação será de extrema importância para que possamos apurar os fatos que ocorrem na saúde suplementar, bem como tomarmos as devidas providências na investigação em andamento.

A referida Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada na Assembleia Legislativa do Paraná tem por objetivo principal investigar a relação entre as operadoras dos Planos de Saúde Suplementar e os prestadores de serviço, com intuito de resguardar os direitos do cidadão paranaense.

Contamos com a sua valorosa participação e desde já antecipamos nossos votos de apreço e estima.

Cordialmente,


Deputado Estadual **Adelino Ribeiro**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 65/2013

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor André Luiz Madureira de Oliveira, superintendente da AMIL no Estado do Paraná

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

Em 17/03/13 a Sra. Cleide Dias Pereira Marques (cópia da carteirinha anexa) foi internada no **Hospital Policlínica** com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na **Clinica Digicor**. Em seguida foi encaminhada para UTI do **Hospital Policlínica** e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no **Hospital São Lucas** onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da **Clinica Digicor** informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de **R\$ 40.970,00** (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

A resposta da solicitação de justificativa por escrito enviada a esta operadora foi respondida da seguinte forma (cópia anexa):

Prezado beneficiário:
em resposta a vossa solicitação de justificativa por escrito, datada em 28/05/2013
esclarecer a impossibilidade da cobertura de custos para o procedimento solicitado na
data de 18/03/2013 pelo motivo exposto a seguir:
O prestador solicitado não está contratado para atendimento ambulatorial.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Desta feita, considerando que a beneficiária foi internada no **Hospital Policlínica** – credenciado a esta operadora - e que os procedimentos de que necessitou foram repassados à sua revelia a outro prestador de serviço que, ressalta-se, funciona no mesmo espaço físico do **Hospital Policlínica**, utilizando a mesma central telefônica e apresentando o mesmo endereço (conforme consultas anexas), na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de (sete) dias.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. André Luiz Madureira de Oliveira
AMIL PARANÁ
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 715
Bairro: Centro
CEP 80430-180
Curitiba- PR



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 65/2013

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor André Luiz Madureira de Oliveira, superintendente da AMIL no Estado do Paraná

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

Em 17/03/13 a Sra. Cleide Dias Pereira Marques (cópia da carteirinha anexa) foi internada no **Hospital Policlínica** com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na **Clinica Digicor**. Em seguida foi encaminhada para UTI do **Hospital Policlínica** e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no **Hospital São Lucas** onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da **Clinica Digicor** informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de **R\$ 40.970,00** (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

A resposta da solicitação de justificativa por escrito enviada a esta operadora foi respondida da seguinte forma (cópia anexa):

Prezado beneficiário:

em resposta a vossa solicitação de justificativa por escrito, datada em 28/05/2013 esclarecer a impossibilidade da cobertura de custos para o procedimento solicitado na data de 18/03/2013 pelo motivo exposto a seguir:
O prestador solicitado não está contratado para atendimento ambulatorial.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Desta feita, considerando que a beneficiária foi internada no **Hospital Policlínica** – credenciado a esta operadora - e que os procedimentos de que necessitou foram repassados à sua revelia a outro prestador de serviço que, ressalta-se, funciona no mesmo espaço físico do **Hospital Policlínica**, utilizando a mesma central telefônica e apresentando o mesmo endereço (conforme consultas anexas), na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de (sete) dias.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. André Luiz Madureira de Oliveira
AMIL PARANÁ
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 715
Bairro: Centro
CEP 80430-180
Curitiba- PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 66/2013

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Evandro Luiz Queiroz Flores, representante da Clínica Digicor

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

Em 17/03/13 a Sra. Cleide Dias Pereira Marques (cópia da carteirinha anexa) foi internada no **Hospital Policlínica** com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na **Clínica Digicor**. Em seguida foi encaminhada para UTI do **Hospital Policlínica** e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no **Hospital São Lucas** onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado desta clínica (documento anexo) informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de **R\$ 40.970,00** (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Desta feita, considerando que a beneficiária foi internada no **Hospital Policlínica** – credenciado a AMIL - e que os procedimentos de que necessitou foram repassados à sua revelia a **Clínica Digicor** que, ressalta-se, funciona no mesmo espaço físico do **Hospital Policlínica**, utilizando a mesma central telefônica e apresentando o mesmo endereço (conforme consultas anexas), na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de 7 (sete) dias.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. Evandro Luiz Queiroz Flores
CLINICA DIGICOR
Rua Maranhão, 945 - Centro
Cascavel/PR
CEP 80430-180
Cascavel- PR



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 66/2013

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Evandro Luiz Queiroz Flores, representante da Clínica Digicor

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

Em 17/03/13 a Sra. Cleide Dias Pereira Marques (cópia da carteirinha anexa) foi internada no **Hospital Policlinica** com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na **Clínica Digicor**. Em seguida foi encaminhada para UTI do **Hospital Policlinica** e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no **Hospital São Lucas** onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado desta clínica (documento anexo) informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de **R\$ 40.970,00** (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Desta feita, considerando que a beneficiária foi internada no **Hospital Policlinica** – credenciado a AMIL - e que os procedimentos de que necessitou foram repassados à sua revelia a **Clínica Digicor** que, ressalta-se, funciona no mesmo espaço físico do **Hospital Policlinica**, utilizando a mesma central telefônica e apresentando o mesmo endereço (conforme consultas anexas), na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de 7 (sete) dias.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. Evandro Luiz Queiroz Flores
CLINICA DIGICOR
Rua Maranhão, 945 - Centro
Cascavel/PR
CEP 80430-180
Cascavel- PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 67/2013

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Stenio Henrique de Souza, representante do Hospital Policlínica

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

Em 17/03/13 a Sra. Cleide Dias Pereira Marques (cópia da carteirinha anexa) foi internada no **Hospital Policlínica** com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na **Clínica Digicor**. Em seguida foi encaminhada para UTI do **Hospital Policlínica** e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no **Hospital São Lucas** onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da **Clínica Digicor** (documento anexo) informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de **R\$ 40.970,00** (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Desta feita, considerando que a beneficiária foi internada no **Hospital Policlínica** – credenciado a AMIL - e que os procedimentos de que necessitou foram repassados à sua revelia a **Clínica Digicor** que, ressalta-se, funciona no mesmo espaço físico do **Hospital Policlínica**, utilizando a mesma central telefônica e apresentando o mesmo endereço (conforme consultas anexas), na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de 7 (sete) dias.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. Stenio Henrique de Souza
HOSPITAL POLICLINICA
Rua Souza Naves, 3145
Cascavel/PR
CEP 85802-080
Cascavel- PR



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 67/2013

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Stenio Henrique de Souza, representante do Hospital Policlínica

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

Em 17/03/13 a Sra. Cleide Dias Pereira Marques (cópia da carteirinha anexa) foi internada no **Hospital Policlínica** com inchaço e dores na perna esquerda. Após o diagnóstico de trombose ficou internada e passou por cirurgia com uso de cateter no dia 19/03/13 na **Clínica Digicor**. Em seguida foi encaminhada para UTI do **Hospital Policlínica** e durante os procedimentos sofreu um AVC que atingiu o cerebelo, deixando sequelas de fala e coordenação motora. Recebeu alta, e em casa, no dia 05/04/13 teve complicações graves e foi internada em caráter de urgência no **Hospital São Lucas** onde ficou mais uma semana em UTI.

Uma vez estabilizado o quadro da beneficiária, que agora precisa de cuidados especiais, a família recebeu um comunicado da **Clínica Digicor** (documento anexo) informando que a AMIL negou o pagamento dos procedimentos e que, portanto, deve arcar com as despesas de **R\$ 40.970,00** (quarenta mil, novecentos e setenta reais) referentes ao seu tratamento.

Desta feita, considerando que a beneficiária foi internada no **Hospital Policlínica** – credenciado a AMIL - e que os procedimentos de que necessitou foram repassados à sua revelia a **Clínica Digicor** que, ressalta-se, funciona no mesmo espaço físico do **Hospital Policlínica**, utilizando a mesma central telefônica e apresentando o mesmo endereço (conforme consultas anexas), na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de 7 (sete) dias.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. Stenio Henrique de Souza
HOSPITAL POLICLINICA
Rua Souza Naves, 3145
Cascavel/PR
CEP 85802-080
Cascavel- PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 69/2013

Curitiba, 18 de junho de 2013.

À Diretoria de Apoio Técnico da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

**Ref.: Passagem aérea - Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de
Saúde**

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão solicitou a compra de passagens aéreas para a servidora Lidiani Schühli Marcondes. A despesa foi autorizada e os bilhetes foram emitidos conforme comprovantes anexos.

Porém devido às más condições do tempo o voo de ida para Cascavel, previsto para o dia 13 de junho às 09:12 horas, foi cancelado e os passageiros remanejados para fazer a viagem em um ônibus oferecido pela companhia aérea.

O retorno para Curitiba ocorreu normalmente.

Desta feita, considerando a discrepância existente ao valor pago pela passagem aérea e o valor de uma passagem de transporte terrestre, vimos por meio deste informar o ocorrido para que sejam tomadas as devidas providências, se houverem.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 69/2013

Curitiba, 18 de junho de 2013.

À Diretoria de Apoio Técnico da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

**Ref.: Passagem aérea - Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de
Saúde**

Por ocasião da Audiência Pública realizada no município de Cascavel em 14 de junho de 2013, esta Comissão solicitou a compra de passagens aéreas para a servidora Lidiani Schühli Marcondes. A despesa foi autorizada e os bilhetes foram emitidos conforme comprovantes anexos.

Porém devido às más condições do tempo o voo de ida para Cascavel, previsto para o dia 13 de junho às 09:12 horas, foi cancelado e os passageiros remanejados para fazer a viagem em um ônibus oferecido pela companhia aérea.

O retorno para Curitiba ocorreu normalmente.

Desta feita, considerando a discrepância existente ao valor pago pela passagem aérea e o valor de uma passagem de transporte terrestre, vimos por meio deste informar o ocorrido para que sejam tomadas as devidas providencias, se houverem.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 70/2013

Curitiba, 26 de junho de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor André Luiz Madureira de Oliveira, superintendente da AMIL no Estado do Paraná

Esta Comissão teve notícia de uma de uma negativa de cobertura nos termos que se segue.

A empresa da qual a Sra. Lucília de Oliveira era beneficiária foi incorporada pela AMIL – AMIL LINHA DIX – sendo que esta enviou para a casa da contratante um comunicado (documento anexo) nos seguintes termos: *Prezado Cliente, Seu plano de saúde Clinihauer passa a ser chamado DIX CLINIHAUER, sendo que os seus benefícios e coberturas contratuais permanecem os mesmos. (...)*

Após esta informação a cliente foi impedida de realizar um exame periódico do qual precisa para tratar de um problema nas articulações, sendo obrigada a realizar o procedimento às suas expensas.

Desta feita, considerando a informação de que os termos da avença celebrada com a Clinihauer permaneceriam os mesmos e que a beneficiária não foi devidamente informada de qualquer alteração nos serviços por ela contratados, na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INITMAR** Vossa Senhoria para que preste esclarecimentos sobre os fatos narrados, no prazo de 07 (sete) dias.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Certo do atendimento da solicitação, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Dr. André Luiz Madureira de Oliveira
AMIL PARANÁ
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 715
Bairro: Centro
CEP 80430-180
Curitiba- PR



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 02/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia **19 de fevereiro**, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

Deputado Adelino Ribeiro
Presidente

Ciente:

Deputado Anibelli Neto
Relator

Deputado Mauro Moraes
Membro Titular

Deputado Estephanes Junior
Membro Titular

Deputado Douglas Fabricio
Membro Titular

, Deputado Péricles de Mello
Membro Titular

Deputado Paranhos
Membro Titular



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 03/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Anibelli Neto, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

Deputado Adelino Ribeiro
Presidente



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 04/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Estephanes Junior, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

Deputado Adelino Ribeiro
Presidente



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 05/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Mauro Moraes, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

**Deputado Adelino Ribeiro
Presidente**



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 06/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Douglas Fabricio, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

**Deputado Adelino Ribeiro
Presidente**



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 07/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Péricles de Mello, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

**Deputado Adelino Ribeiro
Presidente**



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 08/2013

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

CONVITE

Excelentíssimo Senhor Deputado Paranhos, o Presidente da CPI dos Planos de Saúde, comunica que no dia 19 de fevereiro, haverá reunião dos membros desta Comissão, às 10 horas, na sala de Reunião das Comissões, para oitiva do Dr. José Carlos G. Baracho.

**Deputado Adelino Ribeiro
Presidente**



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

Ofício nº 09/2013

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Excelentíssimo Senhor 1º Secretário da Assembleia Legislativa do Paraná.

Vimos pela presente, solicitar a Vossa Excelência disponibilizar os funcionários da casa abaixo designados, para auxílio na realização dos trabalhos desta CPI, bem como que seja concedido a estes a gratificação e a verba de apoio, estabelecidas em lei.

- **Maria Elisa Rebello Matrícula 0606**
- **Eduardo Vinicius Magalhães Pinto Matrícula: 10234**

Certo do atendimento, agradecemos a atenção dispensada.

Deputado Adelino Ribeiro
Presidente da CPI

Excelentíssimo Senhor Deputado
PLAUTO MIRÓ GUIMARÃES FILHO
1º Secretário



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 10/2013

Curitiba, 18 de fevereiro de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Com base no artigo 37, VI do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, vimos pelo presente solicitar a remessa, no prazo de 10 dias, da cópia integral de todos os processos protocoladas neste órgão, referentes à denúncias e reclamações apresentadas pelos usuários dos planos de saúde atuantes no Estado do Paraná.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 11/2013

Curitiba, 18 de fevereiro de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Com base no artigo 37, VI do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, vimos pelo presente solicitar a remessa, no prazo de 10 dias, da cópia integral dos principais processos protocolados neste órgão, referentes a denúncias e reclamações apresentadas pelos usuários dos planos de saúde atuantes no Estado do Paraná.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 12/2013

Curitiba, 18 de fevereiro de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná,

Com base no artigo 37, VI do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, vimos pelo presente solicitar a remessa, no prazo de 10 dias, da relação de todos os planos de saúde atuantes no Estado do Paraná que possuem credenciamento junto a este Conselho.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Doutor Alexandre Gustavo
Bley, Presidente do Conselho
Regional de Medicina do
Estado do Paraná
Rua Victório Viezzer, 84 -
Vista Alegre - 80810-340 -
Curitiba-PR



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 13/2013

Curitiba, 25 de fevereiro de 2013.

SOLICITAÇÃO

Excelentíssimo Senhor Deputado Benoni Manfrin,

Tendo em vista as despesas referentes à realização dos trabalhos desta Comissão, venho por meio deste, na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, **REQUISITAR** uma quota de R\$ 500,00 (quinhentos reais) para o fim de custear o envio de ofícios, documentos e outras correspondências através da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 14/2013

Curitiba, 26 de fevereiro de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

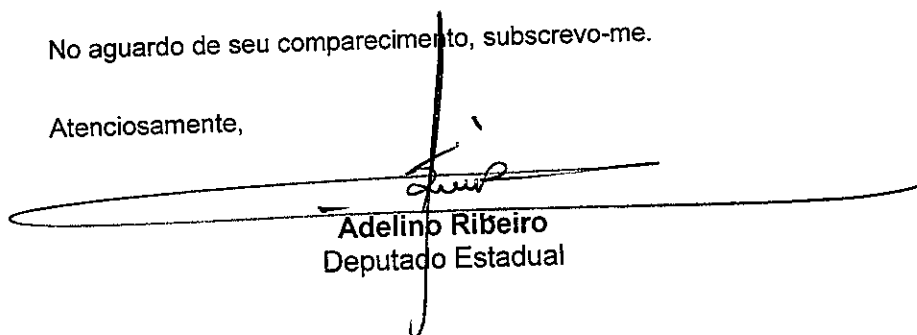
Prezado Senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, para comparecer na data de 05 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito. No mesmo ensejo, com base no artigo 37, VI do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, vimos por meio deste solicitar a apresentação, na ocasião da reunião acima mencionada, documentação que comprove o registro neste respeitável Conselho de todos planos de saúde atuantes no Estado do Paraná que possuem credenciamento.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Doutor Alexandre Gustavo
Bley, Presidente do Conselho
Regional de Medicina do
Estado do Paraná
Rua Victório Viezzer, 84
Vista Alegre - 80810-340 - Curitiba-PR

Manana Bley - 26/02/13



07/03/2013

14:39:15

Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 14/2013

Curitiba, 06 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná,

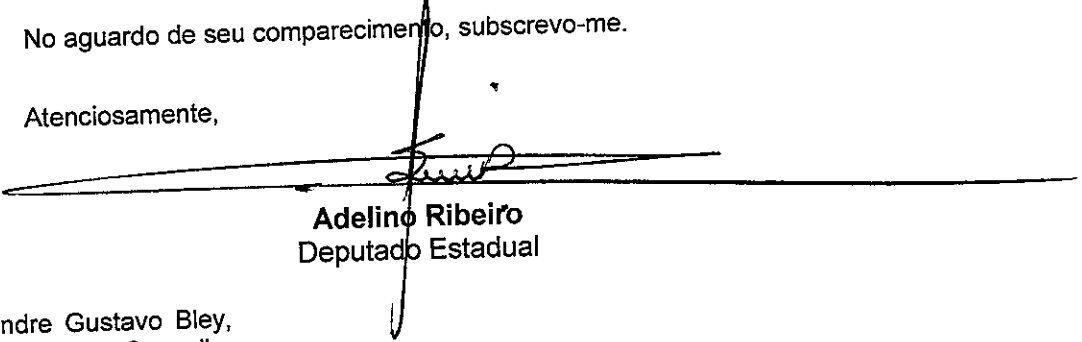
Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, para comparecer na data de 12 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

No mesmo ensejo, com base no artigo 37, VI do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, vimos por meio deste solicitar a apresentação, na ocasião da reunião acima mencionada, documentação que comprove o registro neste respeitável Conselho de todos planos de saúde atuantes no Estado do Paraná que possuem credenciamento.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Doutor Alexandre Gustavo Bley,
Presidente do Conselho
Regional de Medicina do Estado
do Paraná
Rua Victório Viezzer, 84 - Vista
Alegre - 80810-340 - Curitiba-PR



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 14/2013

Curitiba, 26 de fevereiro de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezado Senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor Alexandre Gustavo Bley, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, para comparecer na data de 12 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

No mesmo ensejo, com base no artigo 37, VI do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, vimos por meio deste solicitar a apresentação, na ocasião da reunião acima mencionada, documentação que comprove o



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

registro neste respeitável Conselho de todos planos de saúde atuantes no Estado do Paraná que possuem credenciamento.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Doutor Alexandre Gustavo
Bley, Presidente do Conselho
Regional de Medicina do
Estado do Paraná
Rua Victório Viezzer, 84 -
Vista Alegre - 80810-340 -
Curitiba-PR



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 15/2013

Curitiba, 26 de fevereiro de 2013.

INTIMAÇÃO

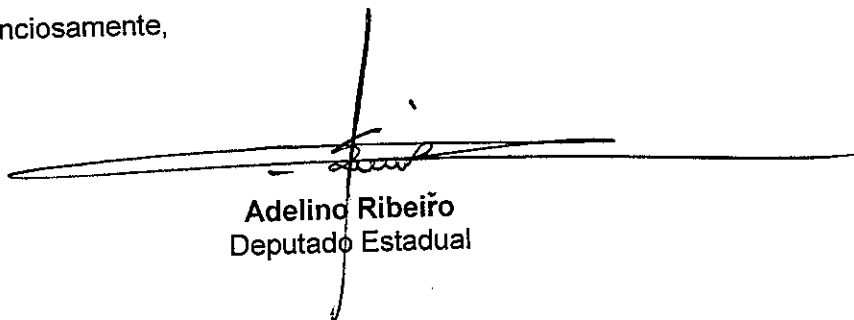
Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor **Murilo Rubens Schaefer**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, para comparecer na data de 05 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sindicato dos Médicos do
Estado do Paraná
Sr. Murilo Rubens chaefer
Rua Coronel Joaquim
Sarmiento, 177, Bom Retiro CEP:
80520-230 - Curitiba Paraná

Sernanda Thibels.

28/02/13.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 15/2013

Curitiba, 06 de março de 2013.

INTIMAÇÃO

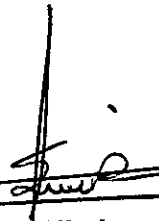
Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor **Murilo Rubens Schaefer**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, para comparecer na data de 12 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sindicato dos Médicos do
Estado do Paraná
Sr. Murilo Rubens chaefer
Rua Coronel Joaquim
Sarmento, 177, Bom Retiro
CEP: 80520-230 - Curitiba
Paraná

07/03/2013

Sernanda Tchibes.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 15/2013

Curitiba, 26 de fevereiro de 2013.

INTIMAÇÃO

Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **INTIMAR** o senhor **Murilo Rubens Schaefer**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, para comparecer na data de 12 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e
consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sindicato dos Médicos do
Estado do Paraná
Sr. Murilo Rubens chaefer
Rua Coronel Joaquim
Sarmento, 177, Bom Retiro
CEP: 80520-230 - Curitiba
Paraná



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 16/2013

Curitiba, 04 de março de 2013.

NOTIFICAÇÃO

Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **NOTIFICAR** o senhor **Murilo Rubens Schaefer**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, que por motivos de força maior a reunião desta Comissão agendada para 05 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, foi cancelada, devendo ser realizada em data posterior, que será devidamente informada a Vossa Senhoria.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo de sua compreensão subscrevo-me.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro, feita com uma caneta escura, sobre uma linha horizontal. A assinatura é fluida e estendida para a direita.

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 16/2013

Curitiba, 04 de março de 2013.

NOTIFICAÇÃO

Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **NOTIFICAR** o senhor **Murilo Rubens Schaefer**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, que por motivos de força maior a reunião desta Comissão agendada para 05 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, foi cancelada, devendo ser realizada em data posterior, que será devidamente informada a Vossa Senhoria.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo de sua compreensão subscrevo-me.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Adelino Ribeiro.

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 16/2013

Curitiba, 04 de março de 2013.

NOTIFICAÇÃO

Prezado Senhor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, venho através do presente **NOTIFICAR** o senhor **Murilo Rubens Schaefer**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, que por motivos de força maior a reunião desta Comissão agendada para 05 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, foi cancelada, devendo ser realizada em data posterior, que será devidamente informada a Vossa Senhoria.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Certo de sua compreensão subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Sindicato dos Médicos do
Estado do Paraná
Sr. Murilo Rubens chaefer
Rua Coronel Joaquim
Sarmento, 177, Bom Retiro
CEP: 80520-230 - Curitiba
Paraná



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 17/2013

Curitiba, 06 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora TANIA NOZAKI GRAVE, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 12 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



**Assembléia Legislativa do
Estado do Paraná**
Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 18/2013

Curitiba, 06 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Claudia Francisca Silvano Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora CLAUDIA FRANCISCA SILVANO, Diretora do Departamento Estadual de Proteção e Defesa ao Consumidor, para comparecer na data de 12 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Departamento Estadual de
Proteção e Defesa ao Consumidor
PROCON/Pr
Rua Presidente Faria, 431 Edifício
Francisco Braz, Centro, 80020-
290 Curitiba - Paraná



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 19/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

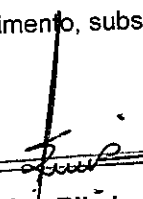
Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora TANIA NOZAKI GRAVE, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 02 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional de
Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18





Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 19/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

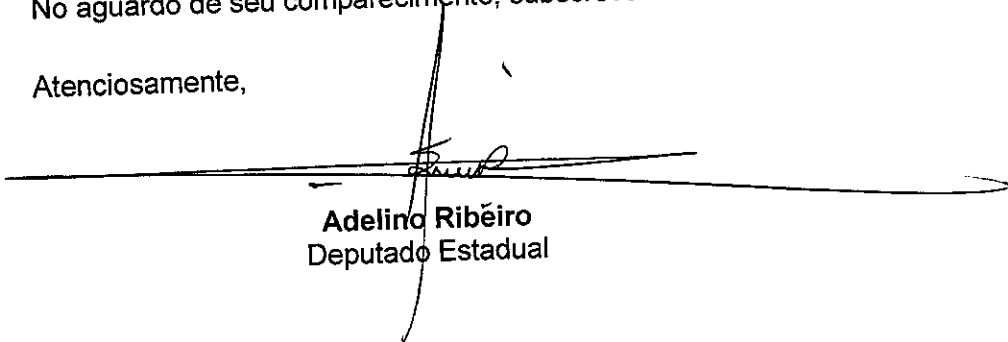
Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora TANIA NOZAKI GRAVE, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 26 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribêiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 19/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

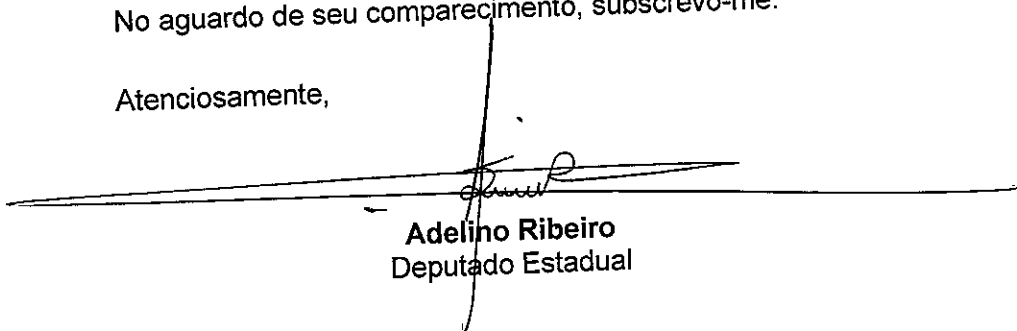
Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora TANIA NOZAKI GRAVE, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 26 de março de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Ofício nº 19/2013

Curitiba, 18 de março de 2013.

Ref.: Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Planos de Saúde

Prezada Senhora Tatiana Nozaki Grave, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina,

Na qualidade de Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde do Estado do Paraná, vem através do presente **INTIMAR** a senhora TANIA NOZAKI GRAVE, Chefe do Núcleo da ANS - Paraná e Santa Catarina, para comparecer na data de 02 de abril de 2013, às 10 horas, na Sala de Reunião das Comissões da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, prédio administrativo, com o propósito de prestar depoimento perante os membros desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Saliento que a presente intimação é realizada com fundamentos nos artigos 2º e 3º, da Lei Federal nº 1579, de 18 de março de 1952, sendo a presença obrigatória.



Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Centro Legislativo Presidente Aníbal Kfury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

Limitados ao exposto, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

No aguardo de seu comparecimento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Adelino Ribeiro
Deputado Estadual

Núcleo da Agência Nacional
de Saúde Suplementar em
Curitiba/PR
Al. Dr. Carlos de Carvalho, 73
Conjunto 902, Bairro: Centro
CEP: 80410-18

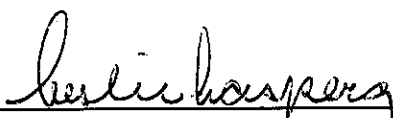


PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	13748/2012	07/12/2012 13:37
INTERESSADO		
SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ		
ASSUNTO		
INFORMAÇÃO		


COORDENADORIA DE PROTOCOLO GERAL



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 13748/2012-2

DATA: 07/12/2012

REQUERENTE: SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

Assinatura manuscrita em tinta preta, aparentemente iniciando com as letras "Val".

Usuário: VALDENICE RODRIGUES DE LIMA
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALEP

INTO

Página: 1 de 1
Emissão: 07/12/2012 13:13:24

Cortar aqui



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



Of. Pres. – SIMEPAR nº 0226/2012

Curitiba, 07 de dezembro de 2012.

Prezado Deputado Adelino Ribeiro,

Ao apresentar cumprimentos passamos às mãos de Vossa Excelência cópia da petição de ação civil pública interposta em face das operadoras de planos de saúde. (Doc. 01 em anexo).

Na peça em menção estão pontuadas as teses deste sindicato representante dos médicos que colocam a sua força de trabalho para a prestação de serviços médicos aos pacientes dos planos e seguros de saúde.

Destacamos do Código de Ética Médica, no Capítulo I, *PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS*, os seguintes incisos:

IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

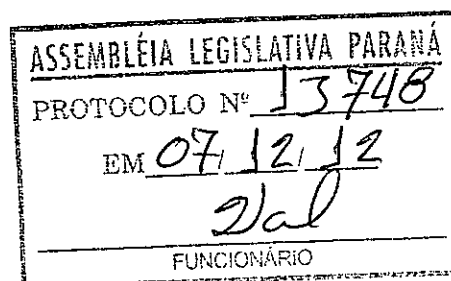
XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

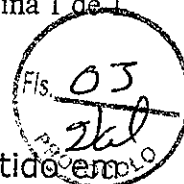
Esperamos assim que Vossas Excelências, na apreciação de matéria tão relevante, levem em conta as teses levadas ao judiciário combinadas com demais aspectos legais e do Código de Ética Médica.

Aproveitamos para manifestar protestos de estima e consideração.

Mario Antônio Ferrari MD
Diretor Presidente
CRMPR 8364

Exmo. Senhor
Deputado Adelino Ribeiro
DD Presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) – Planos de Saúde
Assembleia Legislativa do Paraná
Praça Nossa Senhora de Salette s/n - Curitiba – Paraná



**Processo [37005-2010-41-9-0-4]**Emitido em
03/10/2012
15:38:29**INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO AUTUADO(A) EM 30/01/2012****Numeração Única:** 37005-2010-041-09-00-4**Número Antigo:** RO - 1570 - 2012**Numeração CNJ:** 0001563-80.2010.5.09.0041**Endereço:** TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO - PARANÁ**Local Atual:** GABINETE DO DESEMBARGADOR ARION MAZURKEVIC**RECORRENTE(s):** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Sindicato dos Médicos No Estado do Paraná, Operadora de Planos Privados de Assistência A Saúde Consaude S/S Ltda., Paraná Clinicas Planos de Saude S.A., Amil Assistência Médica Internacional S.A., Clinipam Clínica Paranaense de Assistência Médica ...
Exibir demais Partes e Advogados**RECORRIDO(s):** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Sindicato dos Médicos No Estado do Paraná, Organização Médica Clinihauer Ltda., Operadora de Planos Privados de Assistência A Saúde Consaude S/S Ltda., Paraná Clinicas Planos de Saude S.A., Amil Assistência Médica Internacional S.A., Clinipam Clín...
Exibir demais Partes e Advogados**Autuação:** 30/01/2012**Origem:** CURITIBA**Processo de Origem:** 37005 2010 41**Volumes:** 1**Fase:** AGUARDA VISTO DO JUIZ RELATOR**DOCUMENTOS**

14/09/2012 - Edital - 50/2012

ASSUNTOSAnulação/Nulidade de Ato ou Negócio Jurídico, Compensação, Competência, Custas/Emolumentos, Formação, Suspensão e Extinção do Processo, Formação 89380, Suspensão e Extinção do Processo, Honorários Advocatícios, Honorários Profissionais, Legitimidade para a Causa, Preparo / Deserção, Prescrição, Provas...
Exibir demais assuntos**PROCESSOS RELACIONADOS**

ACP autuado(a) em 14/12/2010

HISTÓRICOS + COMPLEMENTOS

24/09/2012 AUTOS RECEBIDOS DA (O)

24/09/2012 AUTOS REMETIDOS AO (À) GABINETE DO DESEMBARGADOR ARION MAZURKEVIC

24/09/2012 CERTIDÃO EMITIDA NOS AUTOS CONCLUSÃO (2409025/2012)

14/09/2012 EDITAL PUBLICADO Nº 00050/2012 - Deferimento de vistas na forma regimental. 3 - Prazo: 21/09/2012

10/09/2012 Recebidos os autos

10/09/2012 REMETIDO AO (À) 5A. TURMA (87)

20/07/2012 Juntada de Petição de PROCURAÇÃO/SUBSTABELECIMENTO

20/07/2012 PROTOCOLO Nº 0062998 - (e-Pet) - PROCURAÇÃO/SUBSTABELECIMENTO POR Uniclínicas Planos de Saúde Ltda.-

03/07/2012 Juntada de Petição de APRESENTADA PETIÇÃO

03/07/2012 PROTOCOLO Nº 0056206 - (e-Pet) - APRESENTADA PETIÇÃO POR Amil Assistência Médica Internacional S.A.-

01/02/2012 Recebidos os autos

01/02/2012 AUTOS REMETIDOS AO (À) GABINETE DO DESEMBARGADOR ARION MAZURKEVIC

31/01/2012 DISTRIBUIDO PARA JUIZ RELATOR Relator: ARION MAZURKEVIC - DISTR. Nº 125/2012

30/01/2012 AUTOS REMETIDOS AO (À) DISTRIBUIÇÃO DOS FEITOS DE 2ª INSTÂNCIA

30/01/2012 RECEBIDO NO TRT PARA PROCESSAMENTO DE Recurso Ordinário

exibir históricos anteriores



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

1

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Autor: SIMEPAR – SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ

Rés: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.

ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHAUER LTDA.

CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSAÚDE
S/C LTDA.

PARANÁ CLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE S.A.

PROCLIN PROTEÇÃO CLÍNICA LTDA.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

MASSA FALIDA DE SAÚDE PLUS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

UNICLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS LTDA.

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA

SENTENÇA

Vistos e etc.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

2

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Trata-se de ação civil pública proposta pelo **SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ**, qualificado à fl. 04, em face de **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.**, **ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHAUER LTDA.**, **CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, **OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSAÚDE S/C LTDA.**, **PARANÁ CLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE S.A.**, **PROCLIN PROTEÇÃO CLÍNICA LTDA.**, **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA**, **MASSA FALIDA DE SAÚDE PLUS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, **UNICLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS LTDA.** e **ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA**.

Pediu a declaração de nulidade da contratação por meio de pessoas jurídicas; a aplicação de aumento sobre os honorários pagos aos médicos credenciados junto aos planos de saúde; pagamento da diferença entre o valor devido e o valor efetivamente pago; incidência de juros moratórios em 1% ao mês, bem como correção monetária (SELIC). Postulou, ainda, o pagamento de honorários advocatícios, protestou por provas, atribuiu à causa o valor de R\$ 50.000,00 e juntou documentos.

Regularmente notificadas, as rés apresentaram contestações às fls. 195/200 (UNICLÍNICAS), 225/256 (AMIL e CLINIHAUER), 258/274 (PROCLIN), 276/292 (CLINIPAM), 308/331 (CONSAÚDE), 336/377 (SAÚDE ITAÚ), 917/945 (ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA DE LONDRINA), 1048/1055 (SAÚDE PLUS), 1064/1095 (PARANÁ CLÍNICAS), 1159/1174 (SANTA CASA), na qual impugnaram os pedidos formulados na inicial. Protestaram por provas e juntaram documentos.

O autor manifestou-se quanto às preliminares e documentos que acompanharam as contestações (fls. 1228/1257).

Foi proferido despacho saneador, nas fls. 1272/1293, em que se rejeitaram todas as preliminares e se indeferiu a impugnação ao valor da causa.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

3

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Foi mantida a decisão, apesar dos protestos das rés.

Em instrução, foi indeferida a produção de prova pericial, requerida pela ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE LONDRINA.

Sem outras provas a produzir, encerrou-se a instrução processual.

Razões finais por memoriais pelo autor, pela ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA, PROCLIN, PARANÁ CLÍNICAS e remissivas pelas demais rés.

Parecer do Ministério Público do Trabalho (fls. 1359/1372).

Inconciliados.

É o relatório.

DECIDO

1. PRELIMINARES

Com relação às preliminares, mantenho a decisão de fls. 1272/1293, por seus próprios e jurídicos fundamentos.

Nada a deferir.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

2. PRESCRIÇÃO

As rés arguíram a ocorrência de prescrição.

Segundo a UNICLÍNICAS, AMIL, CLINIHAUER, PROCLIN, CONSAÚDE, ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA DE LONDRINA, PARANÁ CLÍNICAS nos termos do artigo 206, § 3º, IV do CC, prescrevem em 3 anos as pretensões de reparação de danos.

Para a SAÚDE ITAÚ, deve ser aplicada a prescrição, conforme previsão do artigo 206, § 3º, III do CC.

A AMIL, CLINIHAUER, PROCLIN, PARANÁ CLÍNICAS pedem, sucessivamente, o reconhecimento da prescrição quinquenal, por aplicação analógica do artigo 21 da Lei nº 4.717/1965 ou do artigo 206, § 5º, II do CC.

A CLINIPAM e, de forma sucessiva, a CONSAÚDE e a ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA DE LONDRINA pediram o reconhecimento da prescrição quinquenal com a aplicação do artigo 7º, XXIX da CF e do artigo 11, I da CLT.

O Ministério Público do Trabalho opinou pela prescrição quinquenal, do art. 206, § 5º, II, do Código Civil, ante a natureza autônoma dos serviços prestados.

O autor, em impugnação, afirmou que entende que nenhum dos dispositivos acima é aplicável ao caso, pois esta situação peculiar demanda aplicação da regra para casos não enquadrados nas hipóteses específicas, ou seja, cabe a aplicação da prescrição decenal do artigo 205 do CC.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

5

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

No caso, o autor requereu seja observado o reequilíbrio financeiro do contrato, com a "obrigatoriedade de *promover a recomposição das perdas* advindas da variação da moeda é fato indiscutível, que decorre dos primados da *proibição do enriquecimento sem causa*".

Sendo assim, entendo que, na espécie, resta aplicável a prescrição referente à "pretensão de ressarcimento de enriquecimento sem causa", prevista no artigo 206, § 3º, IV do Código Civil.

Com a devida vênia das demais opiniões em contrário, entendo que a prestação de serviços é bastante ampla, pode alcançar inclusive sociedades, pelo que a prescrição dos serviços autônomos do art. 206, § 5º, II, do CC, é insuficiente para resolver a situação

Portanto, acolho a arguição das reclamadas no tocante à prescrição para declarar inexigíveis as pretensões deduzidas anteriores a 14/12/2007, ou seja, ao triênio que antecedeu o ajuizamento da ação (14/12/2010), porquanto sobre elas operou-se a prescrição prevista no artigo 206, § 3º, IV do CC.

3. REAJUSTES

O autor requereu: a aplicação de um aumento sobre os honorários pagos aos médicos credenciados junto aos seus planos de saúde e afins, de 2000 a 2010, em percentual correspondente ao IPCA acumulado, sobre a soma dos honorários pagos no respectivo ano; o pagamento da diferença entre o valor devido, após a incidência do reajuste indicado no item anterior e o valor efetivamente pago.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

6

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

As reclamadas contestaram a pretensão e negaram a possibilidade de se reconhecer direito ao reajuste pleiteado.

Em primeiro lugar, reitero toda a fundamentação expendida nas considerações iniciais da decisão de fls. 1272/1293, com relação ao cabimento da ação civil pública para discussão da matéria e também com relação à legitimidade do sindicato.

Reforço, ainda, que não cabe aqui a alegação de que os médicos, por serem autônomos “por excelência”, conforme contestações, não constituem categoria apta a pleitear direitos coletivos em Juízo.

Ao contrário, nas linhas traçadas pela CLT com relação à associação de trabalhadores e à definição de categoria, há menção expressa aos autônomos, não sendo essa forma de trabalho de forma alguma excludente da noção de associação para fins de defesa dos interesses coletivos da categoria.

É assim que dispõe o artigo 511 da Consolidação:

“Art. 511. É lícita a associação para fins de estudo, defesa e coordenação dos seus interesses econômicos ou profissionais de todos os que, como empregadores, empregados, agentes ou trabalhadores autônomos, ou profissionais liberais, exerçam, respectivamente, a mesma atividade ou profissão ou atividades ou profissões similares ou conexas”.

Logo, ao contrário do que querem fazer crer as rés, não existem nestes autos quaisquer problemas com relação à legitimidade das partes e à possibilidade de pleitear direitos coletivos da categoria por meio de ação civil pública.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

7

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Sendo cabível o ajuizamento desta ação para discussão das pretensões elencadas na petição inicial, entendo que é devida a revisão do contrato entre médicos e planos de saúde, com o fim de restabelecer o equilíbrio da avença, garantindo contraprestação digna à categoria profissional.

Passo a analisar os pontos que levam a esta conclusão.

3.1. Função social do contrato

Nos termos do artigo 421 do Código Civil, "a liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato".

A função social é, portanto, a cláusula geral que deve orientar a interpretação de todos os contratos.

Seguindo a direção do Código Civil de 2002, também na disciplina dos contratos colocaram-se cláusulas gerais e abertas, que permitem uma interpretação mais ampla, mais adequada a cada situação fática, atribuindo ao juiz o papel de escolher com cuidado aquele preenchimento mais adequado àquela cláusula, o que se faz, obviamente, atentando à peculiaridade de cada caso concreto.

Como já havia sido dito anteriormente, a Justiça do Trabalho tem especial vocação para resolução de conflitos como este, pois se trata da discussão acerca da remuneração adequada pela prestação de serviços por toda categoria médica.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

8

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Em que pese a vasta argumentação defensiva das reclamadas, aqui há apenas a ampliação daquele singelo conflito individual entre o empregado e a empresa, em busca de pagamento de horas extras, por exemplo, para um conflito de nível mais abrangente, mas que, em última análise, busca o mesmo, a adequada contraprestação por um serviço prestado, para que, ao fim do dia, o médico receba dignamente pelo seu trabalho a fim de garantir o seu sustento e de sua família.

De qualquer maneira, tratamos aqui da dignidade de um trabalhador que busca a justa contraprestação pela força de trabalho despendida.

Pois bem, a “justa remuneração” não é aspiração nova na humanidade. Na bíblia sagrada, Jesus Cristo já proclamava “...*digno é o obreiro de seu salário.*” (Lucas 10:7), e o caso presente evoca antiga discussão cujo conteúdo acaba sendo contratual.

Não é necessário muito esforço para que se depreenda que em contratos como estes discutidos, a função social deve atender aos fundamentos constitucionais e aos direitos fundamentais lá elencados.

O contrato de prestação de serviços, seja do médico, seja de uma equipe de profissionais médicos reunidos em pessoas jurídicas, deve respeitar a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, além de não ferir aqueles direitos fundamentais enumerados no artigo 5º da CF e outras regras dispersas no texto constitucional.

Dessa forma, explica MIGUEL REALE:



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

10

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

"Possibilitava-se a alteração se se modificassem as condições: *contractus qui habent tractum sucessivum et dependentiam de futuro rebus sic standibus intelliguntur*. Difundiu-se a cláusula resumidamente como *rebus sic standibus*, nos contratos de trato sucessivo e dependentes do futuro, como implícita em todo contrato de trato sucessivo".²

Com isso, a ausência de manutenção das condições previamente ajustadas, leva ao desequilíbrio do contrato.

Não há nem que se cogitar que o serviço prestado pelos médicos é sempre o mesmo, razão pela qual merece igual remuneração.

Ora, é cediço que assim como tantos outros ramos de atuação, a Medicina evolui de forma vertiginosa, exigindo atualização constante dos profissionais. Ninguém melhor que os planos de saúde para saber que aqueles médicos que não se aperfeiçoam, que não acompanham as novas tendências, as novas técnicas, o lançamento de novos medicamentos, não estão aptos a permanecer no mercado de trabalho, sendo, portanto, desinteressante contratá-los.

Aqueles profissionais que vinculam-se aos planos de saúde, pelo bem de sua carreira e pela necessidade de manutenção do contrato com o plano, devem aperfeiçoar-se regularmente, razão pela qual a sua prestação de serviço inevitavelmente diferencia-se com o tempo, sob pena de desligamento.

² VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil*. Volume II. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2006. P. 463.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

11

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

O que se observa, portanto, é que se, num ponto os profissionais estão em constante aperfeiçoamento com o fim de manter seus contratos com os melhores, com mais ou com alguns planos de saúde, estes não diferenciaram em nada, ou em muito pouco, a contraprestação referente a este serviço que evoluiu – aqui está o desequilíbrio contratual que merece atenção.

Nem se alegue que a evolução se deu também por parte do plano, que adquiriu aparelhos, que concedeu cursos ou que propiciou a evolução da prestação de serviços. Os profissionais vinculados certamente tiveram que despendar esforços, intelectuais e práticos com o fim de adaptar-se às novas técnicas, de forma que mereciam contraprestação equivalente ao acréscimo de carga de seus serviços.

Um contrato que durante anos remunera de forma idêntica ou com aumento ínfimo uma prestação de serviços que certamente evoluiu muito, é evidentemente desequilibrado e de forma patente deixou de cumprir sua função social.

Em conclusão, explica a Dr.a GISELE LEITE:

"Então resumindo, os contratos evoluíram se transformando em pactos, escapando da rigidez da *pacta sunt servanda*, submetendo-se a *rebus sic stantibus*, sendo informal e consensual, passando adotar na maioria das vezes o contrato de adesão, ganhando uma necessária leitura de função social e requerendo de seus partícipes uma atuação com boa-fé objetiva, em respeito ao equilíbrio das prestações avençadas e, ainda, sempre que possível pleiteando-se pela conservação das avenças.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

12

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Assim, o contrato continua fazendo lei entre as partes, mas com respeito à dignidade da pessoa humana e de todas as normas de ordem pública que o capacitam a ser instrumento de circulação de riquezas mas destinado a ser um instrumento mais democrático e justo do direito privado. Eis é o novo paradigma de contrato, onde para entendê-lo, interpretá-lo e quiçá julgá-lo necessita-se de recorrer ao “diálogo das fontes”.³

Isso porque, no âmbito social, toda uma categoria de trabalhadores não tem a devida valorização. Um segmento importante da sociedade deixou de ter sua carreira e seus esforços valorizados pelo contratante de seus serviços. Logo, sua dignidade e o valor de seus esforços não estão sendo levados em conta para o pagamento de seu trabalho, o que é inadmissível.

No caso dos médicos o contorno social de tal problema fica ainda mais claro, se se leva em consideração que seu trabalho é um dos mais essenciais para garantia de vida digna ao restante da população.

Sem desmerecer cada uma das outras profissões, cada qual essencial em sua peculiaridade à manutenção da sociedade, é inevitável a lembrança que toda cessação de serviços médicos, seja por problemas em hospitais, seja por greve, seja por falta de pessoal, causa transtornos indiscutíveis à população.

³ LEITE, Gisele. A Evolução Doutrinária do Contrato. Disponível no sítio: <http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/311007.pdf>, acessado em 06/09/2011.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

13

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Logo, a desvalorização dessa categoria, paulatinamente causa o decréscimo da qualidade e da quantidade do serviço pois, se por um lado, um profissional desvalorizado não atua com a mesma disposição que aquele que recebe uma remuneração justa, por outro, cada vez mais profissionais desvinculam-se dos planos, a fim de prestar serviços particulares, afetando de forma contundente todo setor da sociedade que depende dos planos para conseguir consultas e tratamentos que não poderiam acessar se precisassem pagar pelo valor cheio.

Apesar de não ser determinante, por conter inúmeras outras variáveis englobadas, o argumento de que os clientes dos planos tem tido aumentos regulares do valor das suas prestações, sem que nunca haja repasse aos médicos, também é válido. Reconheço que não é possível definir de forma direta uma proporcionalidade entre o que é pago pelos clientes e aquilo que deveria ser repassado pelo serviço prestado, já que o valor de uma mensalidade de plano de saúde leva em conta fatores como o risco, enquanto o pagamento pelo serviço deve apenas atender à sua efetiva e justa remuneração.

O que salta aos olhos, contudo, é justamente que apesar de haver aumentos periódicos, constantes e, por vezes, abusivos para o pagamento das mensalidades dos clientes, *nada* é repassado aos prestadores do serviço.

Logo, não há dúvidas que o contrato em discussão não atende à sua função social, pois não há equivalência entre as prestações, levando a um desequilíbrio que aumenta as vantagens dos planos de forma crescente e deixa os médicos desguarnecidos, causando evidente prejuízo a toda a categoria.

Aqui, também por economia reporto-me ao muito bem lançado parecer do Ministério Público do Trabalho quanto à "justiça contratual".



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

14

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

No plano infraconstitucional, tomado por esse ambiente de acentuado humanismo e norteados pelos princípios que fundam a ordem econômica (art. 170 da CF/88) e pelos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil (art. 3º, I, da CF/88), o novo Código Civil, em seu art. 422, acolheu a boa-fé objetiva como critério de interpretação do negócio jurídico e limite ao exercício dos direitos, exigindo dos contratantes o cumprimento de deveres além daqueles determinados no contrato, deveres que impõem uma atitude cooperativa, leal e honesta com o parceiro contratual.

Esses deveres impostos pela boa-fé objetiva reconduzem a um outrop princípio: o da justiça contratual, responsável por garantir a manutenção da relação de equivalência entre os contratantes. Como adverte Sampaio, “não age lealmente, com retidão, o contraente que se prevalece de sua condição econômica de superioridade, impingindo à outra parte um sacrifício desproporcional. Também não procede com lisura, nem demonstra consideração com o parceiro, o contraente que assiste passivamente a situação da outra parte agravar-se demasiadamente, mercê da alteração das circunstâncias quando da contratação.” A boa-fé “não tolera que a vontade das partes, sem nenhuma peia, conduza a situações manifestamente desiguais, em que a relação entre prestação e contraprestação mostre-se desequilibrada”. (*sic* - fl. 1364/1365)

Assim, autorizado pelo poder de revisão dos contratos, nos termos do artigo 421 do Código Civil, determino que haja a inclusão em todos os contratos firmados com os médicos (pessoas físicas ou pessoas jurídicas) de uma cláusula que preveja o reajuste anual do valor da contraprestação pelos serviços prestados.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

15

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Tal reajuste visa reequilibrar o contrato, de forma que, no mínimo, deverá atender ao percentual de inflação anual.

Contudo, por se tratar de direito coletivo *lato sensu*, não entendo que seja necessária a fixação de um valor certo e determinado neste momento, já que as tutelas coletivas prevêem justamente a possibilidade de que se faça esse tipo de delimitação posteriormente, em execução, quando se respeitará a peculiaridade de cada parte.

Por conseguinte, oportunizo às partes que cheguem a um consenso sobre o valor do reajuste, respeitando o mínimo acima estabelecido que visa, justamente, reequilibrar minimamente o contrato com o fim de garantir o cumprimento de sua função social.

Se, em 90 (noventa) dias, as partes não chegarem a um acordo espontâneo, será realizada liquidação por arbitramento e por empresa, por meio de extração de cartas de setença individuais.

Por fim, friso que independente da contratação ter sido feita diretamente com o médico, pessoa física, ou com uma clínica, equipe etc., ou seja, pessoa jurídica, essa cláusula deve ser observada pois, limitar a incidência do reajuste às pessoas físicas tornaria inócua a medida, relegando àqueles médicos sem contrato próprio à mesma injustiça, ainda que prestem serviços de forma equivalente.

Não entendo que a natureza do serviço prestado pelos médicos demande a obrigação de contratação apenas das pessoas físicas. Isso porque o contrato de não demanda necessariamente pessoalidade.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

16

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Porém, caso seja esta a situação, em que o plano deseja efetuar um contrato pessoal, com relação a um serviço prestado por um médico específico, aí sim deverá abster-se de contratar pessoa jurídica, pois isso desnaturaria a essência do contrato. O descumprimento desta obrigação implica em multa de R\$ 5.000,00, por situação irregular, nos termos do artigo 461, § 4º do CPC. Tal multa reverterá a fundo gerido por um Conselho Federal ou por Conselhos Estaduais de que participarão necessariamente o Ministério Público e representantes da comunidade, que também será escolhido caso a caso.

Por outro lado, quando o plano contratar o atendimento genérico de uma especialidade, por meio de uma equipe, sem demandar pessoalidade, considero válida a contratação de pessoa jurídica.

Acolho parcialmente, nestes termos.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

17

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Lembrando-se que direito de postular em Juízo e honorários advocatícios são coisas distintas, à luz do Estatuto da Advocacia e da OAB vigente (Lei nº 8.906/94), não atingida neste ponto pela decisão do E. STF, entende-se que, por força da disposição do artigo respectivo de n.º 22, é obrigatória no processo do trabalho a imposição de condenação em honorários advocatícios à parte vencida, a exemplo do que ocorre no processo civil, independentemente de pleito da parte nesse sentido, porque nesta hipótese, a verba honorária deve ser entendida como despesa processual (vide Seção II, do Capítulo II, do Título II, do Código de Processo Civil - arts. 19 e segs.), inclusive em caso de sucumbência parcial, servindo de balizadores para este fim os artigos 20 e 21 do Código de Processo Civil.

Tal entendimento restou reforçado com o princípio da reparação integral previsto no Código Civil Brasileiro de 2002, bem como pela atual redação do art. 114, da Constituição da República, que ampliou consideravelmente o leque de competência material da Justiça do Trabalho, atualmente bastante ocupada com questões cíveis e tributárias.

Esta mescla da Lei nº 5.584/70 com o Código de Processo Civil faz-se necessária pelo entendimento de que o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil não depende de regulamentação, por tratar-se de lei que contém disposições processuais (auto-aplicáveis desde a edição, por princípio), e as normas da legislação processual trabalhista precisam ser imediatamente adaptadas à nova realidade, mostrando-se insuficientes para a solução de todos os casos submetidos ao Judiciário.

Reforça este entendimento o postulado Chiovendiano:



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

18

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

“... a necessidade de servir-se do processo para obter razão não deve reverter em dano para quem tem razão.”⁴

Isto possibilita à parte que veio a Juízo buscar reparação ou defender-se de uma injusta acusação, ser reposta ao *status quo ante*.

Por todo o exposto, condeno cada uma das reclamadas a pagarem ao advogado do autor, o percentual de 15% sobre o valor da causa, a título de honorários advocatícios, levando em conta o zelo profissional e grau de dificuldade da matéria posta em debate.

Ainda, ante a sua sucumbência, condeno o autor a pagar ao(s) advogado(s) da(s) ré(s), a quantia de R\$ 550,00, arbitrados levando-se em conta o valor dos pedidos em que sucumbiu bem como o zelo profissional e grau de dificuldade da matéria posta em debate, a serem pagos com atualização monetária, desde a presente data até a efetiva quitação.

CONCLUSÃO

⁴ CHIOVENDA, Giuseppe, Instituições de Direito Processual Civil, Trad. de J. Guimarães Menegale, São Paulo, 1965, Saraiva, Vol. I, p. 159.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

19

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Posto isto, e por tudo o mais que dos autos consta, **ACOLHO** a arguição das reclamadas no tocante à prescrição para declarar inexigíveis as pretensões deduzidas anteriores a 14/12/2007, ou seja, ao triênio que antecedeu o ajuizamento da ação (14/12/2010), porquanto sobre elas operou-se a prescrição prevista no artigo 226, § 3º, IV do CC e, no mérito, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES** os pedidos formulados na reclamação trabalhista ajuizada por **SIMEPAR SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ** em face de **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA., ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHAUER LTDA., CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSAÚDE S/C LTDA., PARANÁ CLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE S.A., PROCLIN PROTEÇÃO CLÍNICA LTDA., IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, MASSA FALIDA DE SAÚDE PLUS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., UNICLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS LTDA. E ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA**, para, nos termos da fundamentação:

- determinar que haja a inclusão em todos os contratos firmados com os médicos (pessoas físicas ou pessoas jurídicas) de uma cláusula que preveja o reajuste anual do valor da contraprestação pelos serviços prestados, que deverá atender, no mínimo ao percentual da inflação anual, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, nos termos do artigo 461, § 4º do CPC (após decorridos 90 dias do trânsito em julgado, independente de intimação);

Por conseguinte, oportunizo às partes que cheguem a um consenso sobre o valor do reajuste, respeitando o mínimo acima estabelecido que visa, justamente, reequilibrar minimamente o contrato com o fim de garantir o cumprimento de sua função social.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

20

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Se, em 90 (noventa) dias, as partes não chegarem a um acordo espontâneo, será realizada liquidação por arbitramento e por empresa, por meio de extração de cartas de setença individuais.

Nas situações em que o plano efetuar um contrato pessoal, com relação a um serviço prestado por um médico específico, deverá abster-se de contratar pessoa jurídica, sob pena de multa de R\$ 5.000,00, por situação irregular nos termos do artigo 461, § 4º do CPC, que reverterá a fundo gerido por um Conselho Federal ou por Conselhos Estaduais de que participarão necessariamente o Ministério Público e representantes da comunidade, que também será escolhido caso a caso.

Por todo o exposto, condeno cada uma das reclamadas a pagarem ao advogado do autor, o percentual de 15% sobre o valor da causa, a título de honorários advocatícios, levando em conta o zelo profissional e grau de dificuldade da matéria posta em debate.

Ainda, ante a sua sucumbência, condeno o autor a pagar ao(s) advogado(s) da(s) ré(s), a quantia de R\$ 550,00, arbitrados levando-se em conta o valor dos pedidos em que sucumbiu bem como o zelo profissional e grau de dificuldade da matéria posta em debate, a serem pagos com atualização monetária, desde a presente data até a efetiva quitação.

Os valores deferidos serão apurados mediante liquidação por arbitramento, com o acréscimo de correção monetária, contada da época em que os créditos ora reconhecidos deveriam ter sido pagos. Quanto aos honorários advocatícios, deverá ser considerada como data inicial a da prolação desta decisão.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

21

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

ACP 37005-2010-041-09-00-4

Deverão ser abatidos os valores comprovadamente pagos a idêntico título, de forma global (v. OJ nº 1, II da 3ª Turma deste E. TRT⁵), no caso das reclamadas que comprovaram aumento dos honorários médicos.

Sobre o total corrigido monetariamente incidirão os juros de mora (Súmula 200, do C. Tribunal Superior do Trabalho⁶).

Custas pelas rés sobre o valor da causa (R\$ 50.000,00), no importe de R\$ 1.000,00.

Intimem-se as partes em virtude da presente decisão ter sido publicada após o horário originalmente designado e dê-se ciência ao Ministério Público do Trabalho.

Nada mais.

Curitiba, às 17h44 de 30 de setembro de 2011.

CASSIO COLOMBO FILHO
Juiz do Trabalho

MARIANA CESTO
Assistente de Juiz

⁵ OJ nº 01. (...) II - observa-se o abatimento de parcelas comprovadamente quitadas, sempre a mesmo título e natureza jurídica, de modo global e não mês a mês.

⁶ SUM-200 JUROS DE MORA. INCIDÊNCIA (mantida) - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003
Os juros de mora incidem sobre a importância da condenação já corrigida monetariamente.

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ FEDERAL DO TRABALHO DA 21ª VARA
DO TRABALHO DE CURITIBA – ESTADO DO PARANÁ**

Autos 37005-2010-041-09-00-4

SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ, já
qualificado nos autos de Ação Civil Pública supracitados,

vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência,
através dos procuradores que subscrevem, para apresentar **EMBARGOS
DE DECLARAÇÃO** contra a r. sentença proferida na presente Ação Civil
Pública, conforme razões a seguir:

OMISSÃO: PEDIDO CONDENATÓRIO

Postulou, o Sindicato Embargante, a condenação dos "*Planos de Saúde a aplicarem o reajuste postulado na exordial, bem como a pagar aos seus médicos credenciados, independentemente da forma de prestação de serviços, se por pessoa jurídica ou não, a diferença entre o valor devido, após incidência do reajuste indicado no item próprio da inicial e o valor efetivamente pago por cada Plano de Saúde Reclamado*".

A r. sentença consigna a obrigação dos Planos de
efetivamente aplicarem um índice de reajuste, mediante "*inclusão em* 1

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80410-000 - Telefone: 41 3323 9500 - e-mail: advogados@zornig.com.br

todos os contratos firmados com os médicos (pessoas físicas ou pessoas jurídicas) de uma cláusula que preveja o reajuste anual do valor da contraprestação pelos serviços prestados, que deverá atender, no mínimo ao percentual da inflação anual" (trecho da sentença).

No que se refere às diferenças entre o valor devido e o efetivamente pago, consignou a sentença que "Os valores deferidos serão apurados mediante liquidação por arbitramento, com o acréscimo de correção monetária, contada da época em que os créditos ora reconhecidos deveriam ter sido pagos (...) abatidos os valores comprovadamente pagos a idêntico título" (trecho da sentença) e, ainda, reconhece a "prescrição para declarar inexigíveis as pretensões deduzidas anteriores a 14/12/2007, ou seja, ao triênio que antecedeu o ajuizamento da ação" (trecho da sentença).

Portanto, em síntese, consta da r. sentença:

a) em que cada contrato firmado com um médico, deverá ser incluído **um índice de correção monetária para reajuste anual** (que, conforme sentença, deverá ser negociado entre as partes, sob pena de arbitramento);

b) são deferidos **valores postulados**, limitados aos últimos três anos anteriores à propositura da ação.

Imperioso, Excelência, que sejam trazidos alguns esclarecimentos, de modo a evitar discussões futuras quanto ao que efetivamente fora deferido.

1º PONTO: imperioso que se esclareça que estão sendo deferidas **diferenças entre o valor efetivamente devido aos médicos (após a incidência da correção monetária a ser arbitrada, caso não negociada em 90 dias) e o valor efetivamente pago pelos Planos** (inclusive com eventuais aumentos que estes eventualmente comprovem terem concedido – primeiro parágrafo da 21ª página da sentença).

2

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 . Centro . Curitiba - PR . CEP 80410-000 . Telefone: 41 3323 9500 . e-mail: advogados@zornig.com.br

2º PONTO: necessário que se esclareça o momento a partir do qual se iniciará a correção monetária, pois tal termo é de todo relevante para fins -

(a) de permitir a efetiva discussão e negociação com os planos de saúde, nos 90 dias posteriores ao trânsito em julgado, quanto à forma pela qual efetuará a correção dos honorários;

(b) de permitir a apuração do *quantum* devido a título de diferenças de honorários médicos, nos três anos imprescritos.

Esclarece-se: a correção monetária deveria estar prevista desde a data da assinatura do contrato entre plano e médico credenciado. Assim sendo, esse índice deveria estar corrigindo o valor dos honorários dos médicos, desde a pactuação inicial, chegando-se a determinado valor para os dias de hoje.

Assim, a prescrição declarada em sentença presta-se ao fim de limitar os efeitos pecuniários (condenatórios) do julgado, restringindo a execução às diferenças dos últimos três anos imprescritos, porém sem prejuízo da "declaração" do direito à inserção nos contratos da cláusula de reajuste (nos termos do dispositivo do julgado), inserção esta que produz efeitos desde a pactuação original.

Assim, se a inflação do período compreendido entre a uma certa pactuação e a presente data foi, por exemplo, de 30%, o valor dos honorários médicos, hoje, seria o valor originalmente pactuado acrescido dos 30%. Esse seria o valor a regular a relação de hoje em diante (sujeitas, as parcelas vincendas, à inflação futura anual, pelo índice oficial escolhido ou arbitrado).

Porém, o médico somente poderia executar as diferenças entre o valor efetivamente devido, após cômputo da inflação ano-a-ano, e aquele pago, limitados aos últimos três anos imprescritos.

Eis o ponto que requer esclarecimento!

Imperioso, assim, que se consigne expressamente que a r. sentença está determinando "*a inclusão em todos os contratos firmados com os médicos (pessoas físicas ou pessoas jurídicas) de uma cláusula que preveja o reajuste anual do valor da contraprestação pelos serviços prestados, que deverá atender, no mínimo ao percentual da inflação anual, sob pena de multa diária*" já consignada, cláusula esta que servirá de parâmetro para a quantificação do valor devido a título de honorários ao médico, atualmente, considerando o reajuste inflacionário compreendido entre a data da pactuação e a data do cumprimento do *decisum*, após seu trânsito em julgado, sendo devidas as diferenças entre o valor efetivamente devido, após correção, e aquele pago, limitada tal condenação aos últimos três anos anteriores à propositura da ação.

Como dito, tais esclarecimentos se prestam a fim de evitar a alegação de preclusão e a fim de evitar discussões futuras em fase de liquidação.

CONTRADIÇÃO: HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA

Em decisão saneadora, a qual a r. sentença se reporta, entendeu este d. juízo (corretamente) quanto ao cabimento da Ação Civil Pública para a tutela dos direitos metaindividuais objetos desta demanda.

Ao fazê-lo, evidentemente, este MM. Juízo entendeu, por consequência, aplicável ao caso os ditames da Lei 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública). Referida lei, no art. 18, dispõe:

Art. 18. Nas ações de que trata esta lei, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas, nem condenação da associação autora, salvo comprovada má-fé, em honorários de advogado, custas e despesas processuais.

Em sendo assim, há aparente contradição entre a parte da decisão que admite a ação civil pública e o dispositivo do julgado, ao condenar o Sindicato Embargante, Autor, ao pagamento de parte das custas processuais e honorários advocatícios.

Requer seja esclarecido, assim, quanto à aplicabilidade do dispositivo em questão.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, requer sejam conhecidos e providos os presentes embargos de declaração, com o fim de suprir a omissão e contradição apontadas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Curitiba, 13 de outubro de 2011.

Luiz Fernando Zornig Filho
OAB/PR 27.936

Luiz Gustavo de Andrade
OAB/PR 35.211

Ana Paula Pavelski
OAB/PR 35.211

Valmor Antonio Padilha Filho
OAB/PR 36.343



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

1

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

Autor: **SIMEPAR SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ**

Réus: **CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.

ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA.

SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA.

PARANÁ CLÍNICAS – PLANOS DE SAÚDE S.A.

**OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CONSAÚDE
SS LTDA**

e outros

DECISÃO DE EMBARGOS DECLARATÓRIOS

Vistos e etc.

Recebo os embargos declaratórios opostos por **CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.**, **ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINHAUER LTDA.**, **SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA.** que alegaram que a sentença de fls. 1378/1398 é omissa e contraditória.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

2

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

É o relatório.

DECIDO

Conheço dos embargos porque tempestivos e regularmente opostos.

Passo a julgá-los numa única decisão, na ordem em que foram protocolizados, com base no princípio da instrumentalidade dos atos, bem como para facilitar sua visualização e análise pelas partes embargantes.

1. CLINIPAM

A CLINIPAM alegou omissão quanto à **destinação e limite da multa** definida em caso de descumprimento da obrigação de inserir cláusula de reajuste anual nos contratos.

Não há omissão a ser sanada, pois, conforme constou na pag. 16 da sentença: "Tal multa reverterá a fundo gerido por um Conselho Federal ou por Conselhos Estaduais de que participarão necessariamente o Ministério Público e representantes da comunidade, que também será escolhido caso a caso."

Além disso, caso haja descumprimento da obrigação, será estabelecida eventual limitação da multa, conforme previsão do artigo 461, §§ 4º, 5º e 6º do CPC.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

3

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

Com relação aos **honorários advocatícios**, não há contradição, tendo a sentença fundamentado as razões pelas quais houve deferimento dos honorários e em qual montante, em virtude da sucumbência de ambos, cada qual em parte de sua pretensão.

Por fim, com relação à **contratação por meio de pessoa jurídica**, tampouco há omissão.

A ré alegou que não sabe “como poderá deixar de contratar um profissional nestas condições se a opção por manter um contrato como pessoa jurídica for do próprio profissional?” (fl. 1403).

Primeiramente, a resposta à indagação é bastante óbvia – deve ser contratada a pessoa física do profissional.

Em segundo lugar, apenas a título de esclarecimento, friso que os direitos discutidos tratam-se de direitos fundamentais e sociais, irrenunciáveis por sua natureza.

Da mesma forma, que não é possível a um empregado “preferir” não ter sua CTPS anotada, nesse caso não é possível que as rés sejam condescendentes com a “preferência” em contratar pessoa jurídica quando o serviço demandar pessoalidade, pois haveria violação de direitos fundamentais do profissional.

Nada a prover.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

4

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

2. AMIL e CLINIHAUER

A AMIL e a CLINIHAUER alegaram contradição na sentença que reconheceu a prescrição, limitando o deferimento do pedido às pretensões posteriores a 14/12/2007, mas impôs **custas** às rés. Alegaram que o autor foi sucumbente na maior parte de seus pedidos, já que havia pretendido o reajuste desde 2000.

Sem razão.

Nos termos do § 3º do artigo 3º, da Instrução Normativa nº 27/2005 do TST, salvo nas lides decorrentes da relação de emprego, é aplicável o princípio da sucumbência recíproca, relativamente às custas.

Esta ação trata de relação de trabalho, em sentido amplo, e não de relação de emprego, em sentido estrito, razão pela qual cabe a aplicação da ressalva constante da instrução normativa mencionada.

Assim, reconheço que houve contradição, e sano-a para determinar que ante a sucumbência de ambos os polos, cada qual em parte de suas pretensões, sejam calculadas as custas sobre o valor da causa de R\$ 50.000,00, no montante de R\$ 1.000,00, *pro rata*.

Dispenso, contudo, o recolhimento da parte das custas do autor, à vista do disposto no artigo 18 da Lei nº 7.347/1985.

Defiro.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

5

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

3. PROCLIN

A PROCLIN alegou que houve contradição quanto à fixação de honorários para ambas as partes.

Quanto aos honorários advocatícios, remeto-me ao tópico 1 desta decisão e, quanto às custas, ao tópico 2.

Defiro, em parte.

4. PARANÁ CLÍNICAS

A PARANÁ CLÍNICAS alegou que houve contradição quanto à fixação de honorários para ambas as partes.

Quanto aos honorários advocatícios, remeto-me ao tópico 1 desta decisão.

Indefiro.

5. CONSAÚDE



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

6

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

A CONSAÚDE alegou que a sentença foi “omissa” por ter determinado que o **abatimento** global dos valores pagos a idêntico título, para as rés que comprovaram reajuste nos períodos abarcados pela condenação.

Sustentou que, pela formulação da pretensão inicial, as rés não deveriam comprovar os reajustes em instrução, sendo que a liquidação é o momento adequado para tanto.

Sem razão, já que não há omissão, tendo a sentença contemplado a forma de abatimento, como a ré mesma transcreveu nos embargos.

Registro que, justamente pela formulação dos pedidos iniciais, caberia às rés que tinham praticado reajustes no decorrer do período abarcado pela pretensão, comprová-lo, de forma que a liquidação se dará com base nas provas sobre reajustes concedidos produzidas em regular instrução.

Quanto às **custas**, remeto-me ao tópico 2 desta decisão.

Defiro, parcialmente.

6. SIMEPAR

O autor requereu que seja esclarecido se estão sendo deferidas as **diferenças** entre o valor efetivamente devido aos médicos e o valor efetivamente pago pelos planos de saúde.

Acredito que os esclarecimentos do tópico 5 já elucidam a questão, pois, ao deferir o reajuste e determinar o abatimento dos valores já pagos sob mesmo título,



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

7

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

deferiu justamente, com relação às rés que comprovaram reajuste em algum momento, o pagamento de diferenças.

Quanto ao termo inicial da **correção monetária**, entendo que deva ser a data em que deveria ter sido dado o reajuste.

Como a decisão deferiu o reajuste dos anos anteriores, limitando a exigibilidade conforme tópico da prescrição, a correção conta de cada ano. Como realmente houve omissão quanto à data precisa de cada ano a partir da qual seja devido o reajuste, fixo a data-base como sendo dia 1º de maio, em referência ao Dia do Trabalhador.

Friso, portanto, que foi reconhecido o direito ao reajuste – o direito não é limitado pela prescrição, mas tão somente a exigibilidade das parcelas pecuniárias decorrentes. Portanto, a pretensão de receber as diferenças é limitada conforme a prescrição declarada, mas não o direito de ter os honorários reajustados.

Ainda, quanto às **custas**, remeto-me ao item 2 da decisão.

Defiro.

CONCLUSÃO

Posto isto, **CONHEÇO** dos embargos declaratórios opostos por:

1. CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., e os julgo IMPROCEDENTES;
2. AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA. E ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHAUER LTDA., e os julgo PROCEDENTES;



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

8

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

3. SISTEMA DE SAÚDE PROCLIN LTDA., e os julgo **PARCIALMENTE PROCEDENTES**;
4. PARANÁ CLÍNICAS – PLANOS DE SAÚDE S.A., e os julgo **IMPROCEDENTES**;
5. OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CONSAÚDE SS LTDA., e os julgo parcialmente **PROCEDENTES**;
6. SIMEPAR SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ, e os julgo **PROCEDENTES**;

Para:

- determinar que a data-base que servirá de termo inicial para cálculo do reajuste e da correção monetária seja o dia 1º de maio de cada ano – data que deverá constar, inclusive, da cláusula contratual que preveja o reajuste;
- determinar que as custas de R\$ 1.000,00 sejam calculadas em partes iguais pelas partes, ou seja, R\$ 500,00 pelo autor e R\$ 500,00 pelas rés, ficando o autor dispensado do recolhimento ante os termos do artigo 18 da Lei nº 7.347/1985.

Tudo nos termos da fundamentação, que integra a fundamentação do julgado embargado para todos os efeitos legais.

RECEBO, ainda, o recurso ordinário interposto pela SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, porque tempestivo e adequado.

Intimem-se as partes sobre a decisão dos embargos e, especialmente o autor, para contrarrazoar o recurso ordinário interposto.

Nada mais.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO
21ª Vara do Trabalho de Curitiba – Paraná

9

RTOrd 37005-2010-041-09-00-4

CNJ: 0001563-80.2010.5.09.0041

Curitiba, 24 de outubro de 2011.

PATRICIA TOSTES POLI

Juíza do Trabalho

Mariana Cesto

Assistente de Juiz



ZORNIG & ANDRADE
— ADVOGADOS ASSOCIADOS —



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ FEDERAL DO TRABALHO DA 21ª VARA
DO TRABALHO DE CURITIBA – ESTADO DO PARANÁ**

Autos 37005-2010-041-09-00-4

SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ, já
qualificado nos autos de Ação Civil Pública supracitados,

vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência,
através dos procuradores que subscrevem, para apresentar **RECURSO
ORDINÁRIO** contra a r. sentença de primeiro grau, o que faz da forma
que segue:

Processado como de praxe, requer o conhecimento e
provimento final do Recurso.

Pede Deferimento.

Curitiba, 07 de novembro de 2011.

Luiz Fernando Zornig Filho
OAB/PR 27.936

Luiz Gustavo de Andrade
OAB/PR 35.211

Ana Paula Pavelski
OAB/PR 35.211

Valmor Antonio Padilha Filho
OAB/PR 36.343

1

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80410-000 - Telefone: 41 3323 9500 - e-mail: advogados@zornig.com.br

EGRÉGIO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO

RAZÕES DE RECURSO ORDINÁRIO

PELO AUTOR: SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ

ORIGEM: Autos ACP 37005-2010-041-09-00-4

**Colenda Câmara
Eminentes Desembargadores do Trabalho I**

Trata-se de Ação Civil Pública julgada parcialmente procedente, condenando o planos de saúde a aplicarem um reajuste inflacionário aos honorários pagos aos seus profissionais médicos contratados, ainda que por meio de pessoa jurídica.

A r. sentença reconheceu a prescrição trienal, consignando, posteriormente, em sentença de embargos de declaração, que *"a decisão deferiu o reajuste dos anos anteriores, limitando a exigibilidade conforme tópico da prescrição, a correção conta de cada ano. Como realmente houve omissão quanto à data precisa de cada ano a partir da qual seja devido o reajuste, fixo a data-base como sendo o dia 1º de*

2

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 . Centro . Curitiba - PR . CEP 80410 000 . Telefone: 41 3323 9500 . e-mail: advogados@zornig.com.br

maio, em referência ao Dia do Trabalhador. Friso, portanto, que foi reconhecido o direito ao reajuste – o direito não é limitado pela prescrição, mas tão somente a exigibilidade das parcelas pecuniárias decorrentes. Portanto, a pretensão de receber diferenças é limitada conforme a prescrição declarada, mas não o direito de ter os honorários reajustados” (trecho da decisão).

Portanto, os contratos deverão incluir cláusula de reajuste de acordo com índice inflacionário a ser convencionado, sob pena de arbitramento. O valor dos honorários será reajustado de acordo com tal cláusula, tendo data base o dia 1º de maio de cada ano. Porém, em relação às diferenças entre o valor devido (após reajuste) e aquele efetivamente pago, será executado com a limitação da prescrição declarada (trienal).

Quanto à prescrição declarada, insurge-se o Sindicato Recorrente.

PRESCRIÇÃO: NECESSÁRIA REFORMA

Ao contrário do que constara da r. sentença, o prazo prescricional aplicável ao caso dos autos não é o de 3 anos trazido pela r. decisão.

O prazo prescricional aplicável à espécie não é o trienal do Código Civil porque o art. 206, § 3º, do NCC refere-se à “*ressarcimento de enriquecimento sem causa*” (inciso IV), tampouco à “*pretensão de reparação civil*” (inciso V) (como poderia se contra-argumentar), na medida que tais incisos refletem situações diversas da tratada nos presentes autos. Já antecipando-se a argumentos da parte adversa, mostra-se também inaplicável ao caso o inciso III, dos mesmos dispositivo e parágrafo (*pretensão para haver juros, dividendos ou quaisquer prestações acessórias*), pois como o próprio dispositivo afirma, tal prescrição aplica-se apenas quando a pretensão principal é a de cobrar apenas juros ou acessórios.



A pretensão principal deduzida neste feito não é cobrar juros (como pedido principal). Ainda que pretenda a parte Autora que os juros e correção monetária incidam sobre a condenação principal, tal não atrai a aplicação do art. 206, § 3º, inciso III, do NCC. Neste sentido: "A cobrança de juros moratórios legais não se amolda à 'pretensão para haver juros', prevista no art. 206, § 3º, inciso III, do atual Código Civil, correspondente ao art. 178, § 10, inciso III, do Código Civil de 1916 (v. g. REsp 291610/RJ, REsp 555756/SP, REsp 976757). A correção monetária não constitui plus; Sua finalidade é proteger o valor do crédito ante a desvalorização da moeda. Por isso, também não se lhe aplica o prazo prescricional previsto no art. 206, § 3º, inciso III, do Código Civil. Nesse sentido, entre outros: REsp 550095/SC, REsp 513617/SC." (TRF 1º R. – AC 200501000645470/DF – Rel. Des. Fed. João Batista Moreira – DJe 10.09.2010 – p. 605)

Por outro lado, entende o Sindicato Autor – respeitados entendimentos em sentido diverso – que a pretensão não é propriamente aquela observada pelo legislador civil, no art. 206, § 3º, inciso IV, NCC (como fundamenta a sentença), pois postula-se aqui que o Réu seja condenado a "aplicar um aumento sobre os honorários pagos", ou seja, a pretensão é de revisão da situação jurídica mantida em desconformidade com os parâmetros ditados pela ANS em sua Res. 71. Não seria o pagamento puro de honorários (não recebidos), situação esta que, se ocorresse, atrairia, quando muito, o disposto no art. 206, § 5º, II, do NCC.

Considerando que a prescrição é instituto restritivo de direito, de modo que sua interpretação não pode ser ampliativa, de modo que não se restrinjam direitos legítimos por analogia. Assim, não havendo norma prescricional específica a regular precisamente o caso presente, resta aplicar a regra geral do art. 205, do NCC: "A prescrição ocorre em dez anos, quando a lei não lhe haja fixado prazo menor".

Requer, assim, a reforma para declarar a prescrição decenal (de dez anos) do direito de executar as diferenças entre o valor efetivamente pago e aquele devido após incidência da correção

4

— www.zornigandrade.com.br —

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 . Centro . Curitiba - PR . CEP 80410 000 . Telefone: 41 3323 9500 . e-mail: advogados@zornig.com.br

monetária.

Sucessivamente, requer a aplicação do art. 206, § 5º, II, do NCC, declarando-se a prescrição quinquenal do direito de executar as diferenças entre o valor efetivamente pago e aquele devido após incidência da correção monetária.

DO ÍNDICE DE REAJUSTE

Consignou, a r. sentença, que caso não convenionado pelas partes, em 90 dias, qual o índice que irá reger o reajuste dos honorários dos médicos contratados, tal será arbitrado.

Imperioso que seja reformada a r. sentença, consignando que a multa (*astreintes*) fixada para o caso de descumprimento da decisão que impôs a inclusão de uma cláusula de reajuste nos contratos incidirá apenas em desfavor das Reclamadas.

Imperioso, Excelência, que, sem renunciar à oportunidade de negociar com cada operadora o índice que operadoras e Sindicato entendam ser o melhor a ser aplicado a seus contratos, em prol da economia processual, possibilitando a efetividade do comando sentencial, requer a reforma da r. sentença, nesta parte em específico, consignando que, na hipótese de descumprimento (após os 90 dias depois do trânsito em julgado), será possível a execução imediata do *decisum* com a aplicação do IPCA, por tratar-se de índice que melhor reflete a situação vivida pelas partes¹.

Tal medida (que se postula em reforma da sentença, neste particular), possibilitará, desde logo, a fixação de um índice inflacionário (dispensando-se o início de um novo procedimento para liquidação por arbitramento), tornando efetivo o comando judicial, em prol da duração razoável do processo (art. 5º, LXXVIII, da CF/88).

¹ A aplicabilidade de tal índice ao caso em tela se justifica, ainda, na medida que o IPCA utiliza, para sua composição de cálculo, os seguintes setores: alimentação e bebidas, habitação, artigos de residência, vestuário, transportes, saúde e cuidados pessoais, despesas pessoais, educação e comunicação.



ZORNIG & ANDRADE
— ADVOGADOS ASSOCIADOS —



Assim, requer a reforma para consignar que, no caso de descumprimento do julgado, poderão os médicos individualmente (sejam aqueles contratados por meio de pessoa física, sejam aqueles contratados por meio de pessoa jurídica), ou o Sindicato, em substituição processual, executar a sentença, com aplicação do índice em questão a seus contratos, inclusive no que tange às prestações vincendas, sem prejuízo da multa (*astreintes*) incidente enquanto perdurar o descumprimento.

No que tange à reversão do valor das *astreintes*, consignou a r. sentença que tal multa processual será destinada a um fundo gerido pelo Conselho Federal ou por Conselhos Estaduais. Consignou, a r. sentença, tal fundamentação, na parte em que proibiu a contratação fraudulenta de médicos pessoas físicas por meio de pessoas jurídicas (ante a existência de pessoalidade), sugerindo ser extensível à multa pela não inclusão da cláusula de reajuste nos contratos individuais dos médicos.

Merece reforma, no que tange à destinação da multa processual em questão (*astreintes*).

Ocorre que, pelo CPC, a multa é executada e revertida ao credor (autor da ação e quem as postulou no feito), conforme entendimento sobre a matéria:

"(...) Diária cominatória. Cabimento. Natureza. Proveito em favor do credor. (...) Os valores da multa cominatória não reverterem para a fazenda pública, mas para o credor, que faz jus independente do recebimento das perdas e danos. Consequentemente, não se configura o instituto civil da confusão previsto no artigo 381 do Código Civil, vez que não se confundem na mesma pessoa as qualidades de credor e devedor. (...) Advirta-se, que a coerção exercida pela multa é tanto maior se não houver compromisso quantitativo com a obrigação principal, obtemperando-se os rigores com a percepção lógica de que o meio executivo deve conduzir ao cumprimento da obrigação e não inviabilizar pela bancarrota patrimonial do devedor" (destacamos)².

² STJ, REsp 770753/RS, Rel. Ministro Luiz Fux, j. 15.03.2007.

No caso dos autos, a melhor forma de se reverter a multa em questão em prol da categoria atingida pelo eventual descumprimento será a sua reversão em favor do próprio Sindicato Autor, cuja aplicação dar-se-á em favor da própria categoria.

Assim, considerando que a questão é regida pelo CPC (art. 461, §§) e que *"Os valores da multa cominatória não reverterem para a fazenda pública, mas para o credor"*, requer a reforma, consignando que as *astreintes* fixadas em sentença deverão ser executadas e revertidas, caso haja descumprimento do comando judicial, em favor do Sindicato Autor.

Requer a reforma nos termos acima.

ABATIMENTO

Determinou, a r. sentença, que deverão ser abatidos os valores comprovadamente pagos a idêntico título, de forma global.

Ou seja, após inserção do índice de correção monetária, o valor dos honorários dos médicos deverão ser corrigidos, a partir da contratação, no dia 01.05 de cada ano, conforme sentença de embargos de declaração. Após a correção, poderão os médicos, individualmente ou o Sindicato, em substituição, executar a diferença entre o valor devido (após incidência da referida correção), o valor efetivamente pago. Então, no que tange ao abatimento do valor pago, deferiu o d. magistrado o abatimento global.

Requer a reforma a fim de deferir-se o abatimento mês-a-mês. Isso porque, o abatimento de valores pagos somente pode ser efetuado no respectivo mês em que as diferenças objeto da condenação forem apuradas. Se em dado mês o plano contratante remunerou os honorários, por exemplo, em valor superior ao devido (após incidência da correção), ainda que a título de complemento em outros meses, salvo se houver discriminação expressa nesse sentido, este fato não pode ter qualquer repercussão para efeito de diminuição do crédito de diverso 7

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80410-000 - Telefone: 41 3323 9500 - e-mail: advogados@zornig.com.br

Possível que os honorários sejam arbitrados em 20%, considerando, para tanto, o grau de zelo do profissional, o lugar de prestação do serviço e natureza e importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço.

Tratam-se de ação que beneficiará a categoria médica, em todo o Estado (abrangência estadual), bem como tendo em vista o grau de zelo inegavelmente dedicado e o tempo exigido para a prática de todos os atos processuais (que incluíram, evidentemente, assembleias com a categoria, convocação dos planos de saúde para reuniões infrutíferas, pela ausência dos mesmos, comparecimento perante o Ministério Público do Trabalho para tentativas de acordo – conforme ata da primeira audiência neste feito) requer seja reformada a r. sentença deferindo-se que cada plano de saúde ora Reclamado seja condenado a pagar 20% do valor da causa a título de honorários advocatícios. Portanto, a reforma, majorando-se os honorários de 15% para 20%.

DO PEDIDO

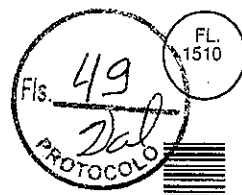
Diante do exposto, requer o conhecimento do Recurso Ordinário da Reclamante para o fim de reformar a r. sentença, nos termos da fundamentação, impondo que, no caso de descumprimento do julgado (não composição de um índice de reposição da inflação em 90 dias após o trânsito em julgado), as *astreintes* serão exigíveis em desfavor das Reclamadas, podendo os médicos individualmente (sejam aqueles contratados por meio de pessoa física, sejam aqueles contratados por meio de pessoa jurídica), ou o Sindicato, em substituição processual, executar a sentença, com aplicação do IPCA a seus contratos, inclusive no que tange às prestações vincendas, sem prejuízo da multa (*astreintes*) incidente enquanto perdurar o descumprimento; a reforma para declarar a prescrição decenal (de dez anos) para a execução da diferença entre o valor devido, após incidência da correção monetária, e aquele pago por cada plano; ou sucessivamente, a reforma para aplicar a prescrição quinquenal ao mesmo pedido; requer a reforma, consignando que as *astreintes* fixadas em sentença deverão ser

10

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80410-000 - Telefone: 41 3323 9500 - e-mail: advogados@zornig.com.br

PROT. N.º 13748



ZORNIG & ANDRADE
ADVOGADOS ASSOCIADOS

executadas e revertidas, caso haja descumprimento dos comandos judiciais, em favor do Sindicato Autor; a reforma, deferindo-se o abatimento e a incidência de juros e correção monetária mês-a-mês; a reforma, ainda, majorando-se os honorários de 15% para 20%, deferindo-se que cada plano de saúde ora Reclamado seja condenado a pagar 20% do valor da causa a título de honorários advocatícios.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Curitiba, 07 de novembro de 2011.

Luiz Fernando Zornig Filho
OAB/PR 27.936

Luiz Gustavo de Andrade
OAB/PR 35.211

Ana Paula Pavelski
OAB/PR 35.211

Valmor Antonio Padilha Filho
OAB/PR 36.343

11

www.zornigandrade.com.br

Rua Visconde do Rio Branco, 1014 - Centro - Curitiba - PR - CEP 80410-000 - Telefone: 41 3323 9500 - e-mail: advogados@zornig.com.br

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Coordenadoria de Protocolo Geral

PROTOCOLO Nº	2460/2013	11/03/2013 10:11
INTERESSADO		
DIRETORIA LEGISLATIVA		
ASSUNTO		
INFORMAÇÃO		

Autuo neste serviço da Diretoria Administrativa da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, a solicitação que adiante se vê.
Eu, Valdemir Lima digitei e subscrevo.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 2460/2013-1

DATA: 11/03/2013

REQUERENTE: DIRETORIA LEGISLATIVA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

Assinatura manuscrita em tinta preta, aparentemente iniciando com a letra 'V'.

NTC

Usuário: VALDENICE RODRIGUES DE LIMA
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALEP

Página: 1 de 1
Emissão: 11/03/2013 10:05:59

Cortar aqui



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Coordenadoria de Apoio às Comissões

PROT. Nº 2460



Of. nº 24/2013/DL

Curitiba, 8 de março de 2013.

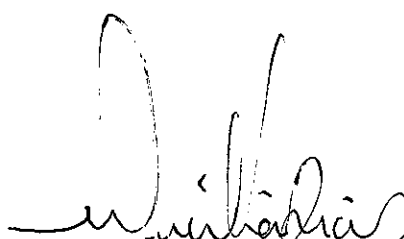
Senhor Deputado,

Informamos, conforme cópia de Requerimento anexado, que a Liderança do PMDB indicou o Deputado Gilberto Martin para substituir o Deputado Luiz Eduardo Cheida como membro suplente da CPI dos Planos de Saúde.

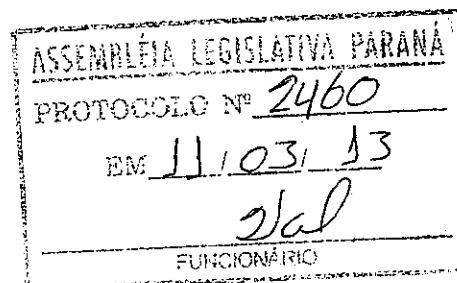
Lembramos ainda, que o prazo final para conclusão dos trabalhos da referida CPI e entrega do Relatório Final é 18 de abril de 2013, podendo ser prorrogada, conforme o art. 36, § 3º do Regimento Interno por sessenta dias.

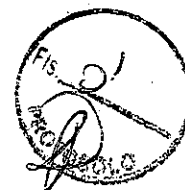
Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente


Lucília Felicidade Dias
Diretora Legislativa

Exmo. Sr.
Deputado **ADELINO RIBEIRO**
Presidente da CPI dos Planos de Saúde
Nesta





PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	3782/2013	03/04/2013 9:46
INTERESSADO		
PRESIDÊNCIA		
ASSUNTO		
INFORMAÇÃO		

Henrique



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 3782/2013-2

DATA: 03/04/2013

REQUERENTE: PRESIDÊNCIA

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

NÚMERO: 8611/2013
LOCAL DE ORIGEM: DEPUTADO ADELINO RIBEIRO - C.L.504
LOCAL DE DESTINO: PRESIDÊNCIA

Nº PROCESSO	DATA	REQUERENTE	ASSUNTO
3782/2013-2	03/04/2013	PRESIDÊNCIA	INFORMAÇÃO

1 Processo(s) enviado(s)

OBSERVAÇÕES:

Enviado por:

Recebido por:

Em __/__/__

Em __/__/__



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 3936/2013-2

DATA: 05/04/2013

REQUERENTE: COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DOS PLANOS DE SAÚDE

ASSUNTO: RELATÓRIO

INFORMAÇÕES:



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

GUIA DE REMESSA DE PROCESSOS

NÚMERO: 8611/2013
LOCAL DE ORIGEM: DEPUTADO ADELINO RIBEIRO - C.L.504
LOCAL DE DESTINO: PRESIDÊNCIA

Nº PROCESSO	DATA	REQUERENTE	ASSUNTO
3782/2013-2	03/04/2013	PRESIDÊNCIA	INFORMAÇÃO

1 Processo(s) enviado(s)

Enviado por:

Recebido por:

Em __/__/__

Em __/__/__

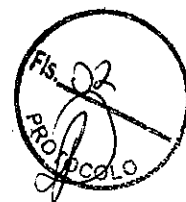


ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

GUIA DE REMESSA DE PROCESSOS



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
Diretoria Legislativa – Centro de Apoio Legislativo



Ofício Circular nº 95/13-DL

Curitiba, 2 de abril de 2013.

Assunto: Relatórios preliminares dos trabalhos nas Comissões Parlamentares de Inquérito

Considerando os questionamentos que estão sendo feitos pela imprensa a respeito do andamento dos trabalhos nas Comissões Parlamentares de Inquérito instaladas nesta Assembleia Legislativa, e buscando a constante transparência das atividades aqui realizadas, determino a entrega, até o dia 5 de abril de 2013, sexta-feira, dos relatórios preliminares das atividades realizadas em cada Comissão.

Certo da colaboração de todos para o cumprimento dos prazos previstos no Regimento Interno deste Parlamento, desde já agradeço.

Deputado VALDIR ROSSONI
Presidente

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 3782
EM 03/04/13
FUNÇÃOÁRIO

Aos Senhores Deputados

MEMBROS DE COMISSÕES PARLAMENTARES DE INQUÉRITO
Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	7512/2013	26/06/2013 15:41
INTERESSADO		
UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ		
ASSUNTO		
INFORMAÇÃO		

Curitiba, 26 de junho de 2013.

À

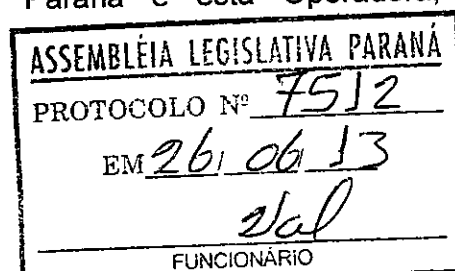
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury
Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde

A/C – Adelino Ribeiro – Deputado Estadual

Ref.: Ofício nº 68/2013

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, cooperativa de 2º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 200/79, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 312720, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000023-1 e inscrita no CNPJ/MF sob nº 78339439/0001-30, com sede na Rua Antônio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba - Paraná, CEP 82.530-450, tel.: 41 – 3219-1500, fax: (41) 3219-1468 , e-mail: parana@unimedpr.coop.br, em cumprimento à determinação contida no ofício em epígrafe, recebido em 19/06/2013, vem, à presença de V.Excia. para apresentar os esclarecimentos, conforme abaixo:

1. A menor Rafaela Camila Martins Klein, dependente do Sr. Gilceo Jair Klein, é beneficiária da UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ, com código do cartão sob o nº 9750000015347276, através de contrato firmado entre a OAB - ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, Seção do Paraná e esta Operadora, o qual é Regulamentado pela Lei nº 9.656/98.



2. A UNIMED do Paraná, durante toda a relação contratual, nunca descumpriu com suas obrigações pactuadas, sempre arcando com todos os custos referentes aos tratamentos cobertos necessários à recuperação da beneficiária em questão.
3. Observa-se que a demanda apresentada versa sobre atendimento realizado em hospital não credenciado ao produto contratado.
4. Em 1º/04/2013, esta Federação recebeu e-mail da Unimed Cascavel com pedido de antecipação de liberação em nome da beneficiária Rafaela, para realização do procedimento ESTUDO ELETROFISIOLOGICO E ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA AXIAL INCESSANTE, a ser realizado no Hospital HCOR, em São Paulo. Após análise da auditoria médica o parecer foi desfavorável, pois o contrato da beneficiária não prevê cobertura naquele nosocômio; que observe-se, pratica Tabela Própria para os seus procedimentos, sendo considerado hospital de alto custo.
5. Ainda, a UNIMED do Paraná esclareceu para a beneficiária que existiam outros nosocômios e profissionais credenciados aptos a realizar o procedimento solicitado em favor da mesma.
6. O contrato de plano de saúde garante a cobertura dos serviços médicos cobertos junto aos prestadores credenciados.
7. Não obstante, esta Federação entrou em contato com o Sr. Gilceo Jair Klein, para os devidos esclarecimentos e orientação sobre a rede credenciada, porém, o Sr. Gilceo não aceitou a realização em prestador credenciado porque o médico assistente da sua filha estava direcionando o atendimento unicamente para o Dr. Maurício Scanavacca, que é vinculado ao HCOR em São Paulo, e recusou-se receber nomes de outros prestadores disponíveis.
8. O contrato é claro ao dispor que a área geográfica de abrangência do plano é nacional (clausula VIII. Item 8.1). Parece-nos óbvio que área geográfica é a região na

qual existem prestadores credenciados aptos a prestar os serviços contratados, a área geográfica, é cediço, nos planos de saúde pode ser municipal, estadual ou nacional.

9. No caso concreto, a área geográfica é nacional, ou seja, a UNIMED garante cobertura dos serviços contratados, realizados nos seus prestadores credenciados, no território nacional. Senão vejamos:

Cláusula: XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos no presente plano, a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados, profissionais e estabelecimentos credenciados, observando-se sempre, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação ora contratada, conforme especificado abaixo:

10. Ainda, na cláusula XII temos que é excluída da cobertura contratual:

Cláusula: XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

...

- q) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA;



11. Ainda, conforme cláusula XXVII, 27.2, o INCOR – Instituto do Coração, encontra-se expressamente excluído do Contrato optado pelo Beneficiário:

27.2. Assim estão expressamente excluídos da rede de credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes prestadores:

- **São Paulo (SP): Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor - Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A, Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Sociedade Beneficente São Camilo - Pompéia;**

12. Sendo assim, o contrato é claro no sentido de que haverá garantia de rede de prestadores credenciados, na área geográfica nacional, aptos a prestarem os serviços garantidos contratualmente no plano de saúde optado, ao qual a menor Rafaela Camila Martins Klein está vinculada na qualidade de dependente do beneficiário Sr. Gilceo Jair Klein.

13. Destacamos que, o contrato, por se tratar de plano de saúde e não de seguro saúde, é claro no sentido de que deve o beneficiário realizar os procedimentos cobertos na rede credenciada ou referenciada da Requerida.

14. Enfim, como era de conhecimento prévio do titular do plano, o referido nosocômio não faz parte de rede credenciada da UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ, bem como, não faz parte da rede credenciada do produto optado pelo beneficiário.

15. Oportuno destacar que não há dúvidas de que a UNIMED PARANÁ garante aos seus beneficiários cobertura contratual de assistência à saúde, de abrangência nacional, nos prestadores credenciados para cada produto optado.

16. Ou seja, diante da existência de outros prestadores credenciados, todos aptos a realizar os procedimentos solicitados, não se pode admitir que o beneficiário, por sua livre vontade, opte por realizar o tratamento desejado junto a um prestador não credenciado e posteriormente deseje que a UNIMED arque com as despesas suportadas em caráter particular.

17. Além disso, oportuno destacar a previsão contratual da possibilidade de reembolso, nos casos exclusivos de urgência e emergência – não é o caso do procedimento eletivo objeto deste ofício, para os quais há garantia de reembolso das despesas cobertas contratualmente, nos valores praticados pela Operadora de Planos de Saúde com os seus prestadores credenciados, vejamos:

XVII URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

17.2. Urgência: são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

17.3. A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional é assegurada, **nos limites abaixo descritos**, para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do dependente no plano, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

17.4. É garantido no presente contrato o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, **caracterizados como de urgência ou emergência realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.**

17.5. O reembolso de que trata este item, será efetuado de acordo com os valores da **TABELA UNIMED REFERÊNCIA** vigentes na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e **TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS**, vigentes à data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do fim do evento, com a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

(...)

Permanecemos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ
FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS
Dr. Mauro Cezar Abati – Gerente Jurídico
Tel.: (41) 3219-1565
e-mail: abati@unimedpr.coop.br





Registro ANS: 312720 **C.N.P.J:** 78.339.439/0001-30

Razão Social: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO EST. DAS COOP. MÉDICAS.

Plano: COLETIVO POR ADESÃO PARTICIPATIVO SEM PATROCINADOR NACIONAL APARTAMENTO

Registro ANS: 458.239/08-0

Contratação: Coletivo Por Adesão

Segmentação: AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Instrumento Jurídico

Cláusula: I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, Cooperativa de 2º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 200/79, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 312720, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000023 -1, I.E. - ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78339439/0001-30, com sede na Rua Antonio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba/PR, CEP-82.530-450, tel.: (41) 3219-1500, endereço eletrônico: paraná@unimedpr.com.br; neste ato representada pelo Diretor Presidente e Diretor Superintendente, a seguir chamada CONTRATADA.

Cláusula: II – QUALIFICAÇÃO DAS CONTRATANTES

2.1. **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO DO PARANÁ**, com sede em Curitiba, Estado do Paraná, na Rua Brasilino Moura, 253, inscrita no CNPJ/MF sob nº 77.538.510/0001-41, neste ato representada por seu Presidente Alberto de Paula Machado, doravante denominada simplesmente **OAB Paraná**; e

2.2 **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ**, com sede em Curitiba, Estado do Paraná, Rua Brasilino Moura, 253, inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.6886936/0001-19, neste ato representada por seu Presidente Manoel Cachenski Daher, doravante denominada simplesmente **CAA/PR**

Cláusula: III - OBJETO DO CONTRATO

3.1. Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas



SAC 0800 41 4554

Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº- 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Cláusula: IV - NATUREZA DO CONTRATO

4.1. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula: V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1. NOME COMERCIAL: Unimed Flexível Participativo - Obstetrícia Apartamento

5.2. Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 458.239/08-0

Cláusula: VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1. O tipo de contratação deste produto é COLETIVO POR ADESÃO.

Cláusula: VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

7.1. O presente produto possui segmentação assistencial definida como AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

Cláusula: VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

8.1. A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

Cláusula: IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

9.1. A internação se dará em quarto PRIVATIVO (apartamento).

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Cláusula: X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1 - Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE



SAC 0800 41 4554



deverá atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- a) não estar inclusa no cadastro restritivo de crédito;
- b) apresentar à CONTRATADA, o contrato social com a última alteração e o cartão do CNPJ;
- c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 300 (trezentos) beneficiários;
- d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:
 - Contrato e Proposta de Contratação;
 - Termo de Adesão com as informações cadastrais, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE, o qual passa a fazer parte deste contrato;
 - Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
 - Declaração de opção de CPT (quando for o caso).

Parágrafo Único. A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA o Termo de Adesão dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral da CONTRATADA, podendo incluir ou excluir novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

10.2 - Condições de Admissão dos beneficiários:

10.2.1. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde as pessoas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, sindicalizadas, segundo opções preenchidas pelos interessados nos formulários cadastrais.

Parágrafo Único. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo do titular com a CONTRATANTE.

São considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 34 anos, 11 meses e 29 dias;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial, solteiro até 34 anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual



SAC 0800 41 4554

concorrência com o cônjuge;

e) os filhos incapazes.

Parágrafo Primeiro. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção e apresentado o respectivo termo judicial.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar a condição de dependência.

Parágrafo Terceiro. É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros.

Parágrafo Quarto. Os Termos de Adesão ao presente contrato serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

Cláusula: XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos no presente plano, a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados, profissionais e estabelecimentos credenciados, observando-se sempre, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação ora contratada, conforme especificado abaixo:

11.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

11.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente



SAC 0800 41 4554

devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **previstos no ROL Médico da RN 167/2008 da ANS;**

11.1.3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, **limitadas a 6 (seis) consultas ou sessões por ano contratual**, conforme indicação do médico assistente;

11.1.4. Cobertura de psicoterapia, **limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual**, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

11.1.5. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia **listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08**, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

11.1.6. Cobertura de tratamento para obesidade mórbida, realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial; excepcionalmente, em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, **desde que credenciados pela CONTRATADA;**

11.1.7. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08:**

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;**

c) radioterapia ambulatorial: todos os **procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08**, para o segmento ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, **que estejam descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08;**



e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

11.1.8 Cobertura de cirurgia refrativa – PRK ou Lasik para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

a) Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou

b) Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

11.1.9. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

11.1.10. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

11.1.11. Cobertura de alimentação para um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos, conforme dieta geral do hospital;

11.1.12. Cobertura de alimentação para um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, mediante indicação do médico assistente, conforme dieta geral do hospital;

11.1.13. Cobertura de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, caso haja indicação clínica;

11.1.14. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação quando em atendimento coberto;

11.1.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados quando em atendimento coberto;

11.1.16. Cobertura de exames complementares, previstos no ROL da ANS, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar coberta por este contrato;



11.1.17. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08:**

- a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD ambulatorial ou hospitalar;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial ou hospitalar: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;**
- c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os **procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08,** para os segmentos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;
- e) nutrição parenteral ou enteral, **quando em internamento hospitalar coberto;**
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica **descritos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- g) embolizações: aquelas **listadas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- h) radiologia intervencionista **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles **listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, **exceto fornecimento de medicação de manutenção;**

11.1.18. Cobertura de cirurgia plástica **reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;**



SAC 0800 41 4554

11.1.19. Cobertura de cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, as quais **somente terão cobertura se preenchidas todas as condições e exigências estabelecidas na legislação vigente que regulamentam esta matéria;**

11.1.20. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais, **previstas no ROL de Procedimentos médicos da RN 167/2008**, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

11.1.21. Cobertura, **em prestador credenciado, da estrutura hospitalar** necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

11.1.22. Cobertura de transplante de medula autólogo;

11.1.23. Cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, bem como as despesas com os procedimentos vinculados (aqueles necessários à realização do transplante), incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos,

b) medicamentos utilizados durante a internação,

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo excluídos da cobertura os medicamentos de manutenção,

d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e **sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.**

11.1.24. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

11.1.25. cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

11.1.26. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo. Ultrapassado o prazo estabelecido, caso o recém nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto na cláusula Condições de Admissão,



cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento.

11.1.27. Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

11.1.27.1. Nível Ambulatorial:

a - o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b - a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência **sendo limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas**;

c - tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais **previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08**, solicitados pelo médico assistente;

11.1.27.2. Nível Hospitalar, fica garantido o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais credenciados, conforme condições abaixo.

Parágrafo único - **As internações de usuários portadores de transtornos mentais, estão sujeitas à CO-PARTICIPAÇÃO PECUNIÁRIA NO TOTAL DAS DESPESAS, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:**

a) de um a trinta dias, não há co-participação;

b) **de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); e**

c) **acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).**



11.1.26. Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização, **ESTÃO SUJEITAS À CO-PARTICIPAÇÃO PECUNIÁRIA NO TOTAL DAS**



SAC 0800 41 4554

DESPESAS, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) de um a quinze dias, não há co-participação;
- b) **de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento);**
- c) **de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e**
- d) **acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento);**

Parágrafo único - medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão co-participação.

11.1.27. Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a critério do médico assistente;

11.1.28. Para os diagnósticos F00 a F09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), F70 a F79 (Retardo mental) e F90 a F98 (Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência), relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano, a critério do médico assistente.

Cláusula: XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

- a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental:** é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária



- ANVISA;

- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado).
- f) tratamentos clínicos de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- g) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC 0800 41 4554

- k) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e autólogos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;
- m) consultas e demais atendimentos domiciliares;
- n) quaisquer tratamentos odontológicos que necessitem de ambiente hospitalar, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08 e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- o) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- p) todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 167/08;
- q) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA;
- r) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- s) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.
- t) Os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e saúde ocupacional.

Papel proveniente de reflorestamento.



Cláusula: XIII - VIGÊNCIA

13.1. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência, iniciando em 1º de agosto de 2009.



SAC 0800 41 4554

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo Termo de Adesão; observando-se a data de início da vigência do Contrato (1º/08/2009).

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA estabelecerá uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente aos seus recebimentos, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. Para efeito de início da contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data do seu cadastramento na CONTRATADA.

Cláusula: XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

14.1. Este contrato vigorará por no mínimo 12 (doze) meses e, no silêncio das partes, prorrogar-se-á automaticamente por tempo indeterminado e sem cobrança de qualquer taxa ou valor no ato da renovação.

Cláusula: XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

15.1. Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados do início da vigência do presente contrato ou da inscrição do novo beneficiário:

15.1.1. CARÊNCIAS

Urgência e Emergência - 24 horas, observadas as limitações de cobertura quando em cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, previstas nas cláusulas específicas de urgência e emergência, adiante mencionadas.

Consultas médicas - 30 dias.

Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia - 30 dias.

Fisioterapias - 90 dias.

Demais coberturas - 180 dias.

Parto a termo - 300 dias.

15.2. Contratada a ampliação de cobertura através de módulos específicos



SAC 0800 41 4554

Cláusula: XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

16.1. Esta cláusula não se aplica aos contratos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários.

Cláusula: XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17.1. **Emergência:** são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

17.2. **Urgência:** são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

17.3. A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional é assegurada, nos limites abaixo descritos, para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do dependente no plano, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. Estando o beneficiário em cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, o atendimento de emergência, ou de complicações no processo gestacional, será garantido, após 24 horas da inclusão do usuário no contrato, e terá cobertura igual a da segmentação ambulatorial, limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Parágrafo segundo: Estando o beneficiário em cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

17.4. É garantido no presente contrato o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, caracterizados como de urgência ou emergência realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

17.5. O reembolso de que trata este item, será efetuado de acordo com os valores da TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigentes na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E



SAC 0800 41 4554

MEDICAMENTOS, vigentes à data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do fim do evento, com a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

17.4.1. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

17.4.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

Cláusula: XVIII – REMOÇÃO

18.1. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção do paciente beneficiário nas seguintes situações:

a) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA** garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para a CONTRATANTE.

b) Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes e nos casos de cumprimento de carência para internação, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do



SAC 0800 41 4554

atendimento.

Parágrafo Primeiro. A remoção a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital dentro dos limites de cobertura geográfica do plano.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção previstos nos itens "a" e "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de morte, o (a) beneficiário titular, ou seu representante legal, e o prestador de atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" do caput, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.

c) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento credenciado.

Cláusula: XIX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

19.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

19.2. Da Co-Participação:

19.2.1. É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO TITULAR diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante co-participação e não haverá a limitação de valor máximo da referida co-participação, conforme abaixo:

a) Na internação psiquiátrica de beneficiários portadores de transtornos mentais: i. de um a trinta dias, não há co-participação; ii. de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); iii. acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

b) Nas Internações para os usuários portadores de quadros de



SAC 0800 41 4554

intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química: i. de um a quinze dias, não há co-participação; ii. de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); iii. de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e iv. acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

Parágrafo único - medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão co-participação.

19.3. FICA ESTABELECIDO A CO-PARTICIPAÇÃO DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, ABAIXO LISTADOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 50,00 (CINQUENTA REAIS) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO RESPONSÁVEL PAGADOR DIRETAMENTE À CONTRATADA:

Parágrafo único: Haverá co-participação em consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame e fisioterapias e acupuntura realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

19.3. Cartão De Identificação:

19.3.1. A CONTRATADA fornecerá, ao beneficiário titular e respectivos dependentes inscritos no plano, o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão do dependente, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE requerer aos seus beneficiários a devolução dos respectivos cartões individuais de identificação.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente após a ciência do fato à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços que será cobrado do beneficiário titular.



SAC 0800 41 4554

19.4. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

19.4.1 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

a) Consultas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro de prestadores credenciados serão prestadas por médico plantonista;

b) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas: são realizados por médicos cooperados ou profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados que integram a rede prestadora de serviços, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed e com autorização prévia da CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

c) Os exames complementares e serviços auxiliares: são realizados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed e com autorização prévia da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários.

Parágrafo Terceiro. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site www.unimed.com.br. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site", sendo expressamente excluídos a cobertura nos prestadores discriminados na Cláusula Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed.

Parágrafo Quarto. Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9656/98, com comunicação prévia ou autorização da ANS.

19.5. Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará, materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme



SAC 0800 41 4554

exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais);

b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente, utilizando-se de Junta Médica, conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências.

Cláusula: XX - FORMAÇÃO DE PREÇO

20.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos.

20.1.1. O Titular obriga-se a pagar à CONTRATADA, a sua mensalidade e de seus dependentes inscritos neste contrato, acrescidos dos valores cobrados a título de co-participação:

Faixa Etária	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA - APARTAMENTO Nº de Reg ANS - 458.239/08-0
0-18	R\$.94,30
19-23	R\$.108,03
24-28	R\$.134,40
29-33	R\$.146,78
34-38	R\$.158,83
39-43	R\$.182,35
44-48	R\$.193,64
49-53	R\$.237,41
54-58	R\$.330,59
>59	R\$.397,62

Cláusula: XXI - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

21.1. As mensalidades e as co-participações, previstas na cláusula 'Mecanismos de Regulação', serão pagas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR do plano, até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

21.2. Se o BENEFICIÁRIO não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.

21.3. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e correção



SAC 0800 41 4554

monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

21.4. Se houver dúvidas quanto às informações dos valores devidos a título de co-participação (quando devidos), o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

21.5. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o BENEFICIÁRIO TITULAR responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

Cláusula: XXII – REAJUSTE

22.1. Nos termos da lei, os valores das mensalidades, serão reajustados anualmente, com base em cálculo atuarial, que poderá ser revisto se houver: utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados.

§1º O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula:

REAJUSTE = [VARIAÇÃO NO PERÍODO DOS ÚLTIMOS DOZE MESES DAS: (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO)] + A DIFERENÇA (PONTOS PERCENTUAIS) ENTRE O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE APURADO PELA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EQUIVALENTES AO ORA CONTRATADO E O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE IDEAL, PACTUADO EM 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO).

§2º Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- a) Honorários, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) SADT- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- c) Diárias e taxas hospitalares;
- d) Materiais e medicamentos.

§3º Compõem as despesas administrativas:

- a) Salários;
- b) Outras despesas não especificadas.

22.2. Se por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (índice geral de preços do

Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

22.3. Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato.

Parágrafo único. Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste capítulo.

22.4. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata.

22.5. A CONTRATADA comunicará a ANS todos os reajustes levados a efeito no presente contrato.

Cláusula: XXIII - FAIXAS ETÁRIAS

23.1. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, conforme os percentuais abaixo:

Faixas Etárias	%
00 - 18	0,00%
19 - 23	14,56%
24 - 28	24,41%
29 - 33	9,21%
34 - 38	8,21%
39 - 43	14,81%
44 - 48	6,19%
49 - 53	22,60%
54 - 58	39,25%
> 59	20,28%

23.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.



Cláusula: XXIV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

24.1. Seguem abaixo regras diferenciadas asseguradas pela legislação aos contratos coletivos:



SAC 0800 41 4554

24.1.1. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS PARA CONTRATOS COM 50 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

24.1.2. Caso o número de beneficiários inscritos seja maior ou igual a 50 (cinquenta), a CONTRATADA dispensará o preenchimento e assinatura das Declarações de Saúde.

Parágrafo Primeiro. A cobertura parcial temporária ou o agravo não serão empregados nos contratos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários inscritos.

Parágrafo Segundo. Para efeito de aplicação do benefício previsto no parágrafo anterior, será considerado o número total de beneficiários inscritos no mês anterior ao da inclusão dos novos beneficiários.

24.2. FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

Esta cláusula somente se aplica aos empregados em regime de CLT, com vínculo empregatício direto com a CONTRATANTE, não sendo esta a condição dos beneficiários deste contrato.

24.3. AB SORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

24.3.1. Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

Cláusula: XXV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

25.1. Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

a) houver o não pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja



comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

b) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;

c) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;

d) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;

e) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;

f) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com a CONTRATANTE;

g) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.

Parágrafo Primeiro. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula anterior, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, observadas as condições atuais de vendas, inclusive preço.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

Cláusula: XXVI - RESCISÃO

26.1. A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no contrato.

26.1.1. Antes do término de vigência do contrato, é facultado à CONTRATANTE denunciá-lo, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa contratual pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º - O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá



SAC 0800 41 4554

ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem ônus.

§2º - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

26.2. É obrigação da CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, requerer aos seus Associados beneficiários a devolução dos respectivos cartões de identificação.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por iniciativa de qualquer das partes por escrito, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias - não se admitindo novas inclusões neste período;
- c) se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo Caso a rescisão do contrato por iniciativa da CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, a CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

Cláusula: XXVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS. A possibilidade de escolha dos BENEFICIÁRIOS é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na Cláusula Mecanismos de Regulação. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".

27.2. Assim estão expressamente excluídos da rede de credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes prestadores:

- Brasília (DF): Hospital Santa Lúcia;
- Guarulhos (SP): Hospital Carlos Chagas S/A;



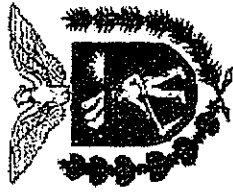
- Porto Alegre (RS): Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- Recife (PE): Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança e Hospital Real Português, HOPE Hospital de Olhos de Pernambuco;
- Rio de Janeiro (RJ): Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH-DAY Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minnesota (Vila Serena), Procardíaco - Pronto Socorro Cardiológico, Protocor Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D'Or, Hospital Copa D'Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do RJ;
- Salvador (BA): Clínica Infantil de Urgência Ltda - PROBABLEY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador, Monte Tabor - Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária - Hospital e Hospital Santa Mônica, Brasil Memorial S/A, Centro Ítalo de Prom. Sanit. Hospital São Rafael;
- São Bernardo do Campo (SP): Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- São José do Rio Preto (SP): Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- São Paulo (SP): Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor - Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A, Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Sociedade Beneficente São Camilo - Pompéia;
- Sobral (CE): Santa Casa Misericórdia de Sobral;
- Manaus (AM): Hospital Santa Julia Ltda;

Porto Velho (RO): CEOF - Centro Especializado em Oftalmologia;

27.3. RECLAMAÇÕES ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.



SAC 0800 41 4554



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 7512/2013-2

DATA: 26/06/2013

REQUERENTE: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

INTE

Usuário: VALDENICE RODRIGUES DE LIMA
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALEP

Assinatura manuscrita em tinta preta, aparentemente de Valdenice Rodrigues de Lima.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 7512/2013-2

DATA: 26/06/2013

REQUERENTE: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

Usuário: VALDENICE RODRIGUES DE LIMA
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALEP

Cláusula: XXIII - ELEIÇÃO DE FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Curitiba, 7 de maio de 2009.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SEÇÃO DO PARANÁ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

TESTEMUNHAS:

Ricardo Miner Navarro
RG: 6.024.618-1/PR

Jose Gouvea
RG: 862.908/PR

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC 0800 41 4554

01
26/03

PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	3574/2013	26/03/2013 17:35
INTERESSADO		
SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ		
ASSUNTO		
SOLICITAÇÃO		


COORDENADORIA DE PROTOCOLO GERAL



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 3574/2013-2

DATA: 26/03/2013

REQUERENTE: SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO

INFORMAÇÕES:



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

Dep Adelino
Ribeiro

GUIA DE REMESSA DE PROCESSOS

NÚMERO: 7613/2013
LOCAL DE ORIGEM: PROTOCOLO GERAL - C.L.54
LOCAL DE DESTINO: DEPUTADO ADELINO RIBEIRO - C.L.504

Nº PROCESSO	DATA	REQUERENTE	ASSUNTO
3574/2013-2	26/03/2013	SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO PARANÁ	SOLICITAÇÃO

1 Processo(s) enviado(s)

OBSERVAÇÕES:

ENCAMINHAMENTO GERADO NA INCLUSÃO DO PROCESSO

Enviado por:

Adelino

Em

26/3/13

Recebido por:

Em ____/____/____



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



Of. Pres. – SIMEPAR nº 121/2013 Curitiba, 26 de março de 2013.
Assunto: Proposta de Projeto de Lei para os planos de saúde.

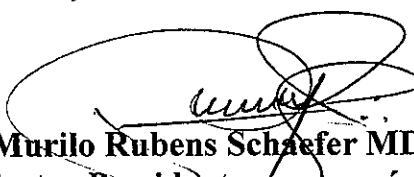
Senhor Deputado,

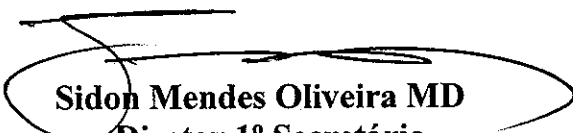
Inicialmente apresentamos cumprimentos pela condução dos trabalhos da CPI sobre os Planos de Saúde na ALEP.

Dos debates produzidos vislumbra-se a possibilidade da construção de caminhos que garantam a qualidade no atendimento dos consumidores e, ao mesmo tempo, a recuperação do interesse dos médicos na continuidade da prestação de serviços para os Planos de Saúde.

Nesse sentido, considerando a competência concorrente dessa casa legislativa em relação ao tema, servimo-nos do presente para encaminhar a **proposta de Projeto de Lei** elaborada pelo Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná, com intuito de disciplinar a atuação dos planos de saúde no Paraná, em defesa das relações de consumo e da qualidade do atendimento estadual de saúde.

Agradecemos a consideração e manifestamos protestos de estima e consideração.


Murilo Rubens Schaefer MD
Diretor Presidente em exercício


Sidon Mendes Oliveira MD
Diretor 1º Secretário

Exmo. Senhor
DD Presidente da CPI dos Planos de Saúde da ALEP
Deputado estadual Adelino Ribeiro
Praça Nossa Senhora de Salette – Centro Cívico, Curitiba – PR

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 3574
EM 26/03/13

FUNCIONÁRIO



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



JUSTIFICATIVA

Hoje, os planos privados de saúde das empresas de Medicina de Grupo, por exemplo, atendem a cerca de 40 milhões de beneficiários, sendo a Medicina de Grupo responsável pelo atendimento de cerca de 18,4 milhões de pessoas, das quais 78% (14,3 milhões) são de planos patrocinados por empresários para trabalhadores e dependentes e 22% (4,1 milhões) são de plano individual e familiar, onde o próprio interessado contrata com a operadora dos respectivos planos¹.

Já os sistemas de autogestão em saúde, como parte integrante do grupo de empresas e entidades que operam planos privados de assistência à saúde, surgiu no Brasil com a publicação da Lei Federal nº 9.656/98 que inclui na sua abrangência as organizações que disponibilizam planos de saúde para seus próprios empregados, ex-empregados, aposentados e pensionistas, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classe profissionais. Este conceito regulamentar de autogestão em saúde estabelecido pela agência nacional reguladora do setor, a ANS, traz como consequência a obrigatoriedade da observação da Lei dos Planos de Saúde, além dos demais normativos da ANS.

As estimativas atuais são de que o setor da saúde suplementar, incluindo os planos de saúde e seguros, cobrem mais de 41 milhões de brasileiros, o que corresponde a 25,6% da população do país.

¹ Fonte: <http://www.medical.com.br/abramge.asp>



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou no dia 11.06.2010, o índice de reajuste dos planos de saúde deste ano: 6,73%. O percentual é o máximo que pode ser aplicado às mensalidades e vale para os planos individuais-familiares novos (ou seja, aqueles que foram contratados ou adaptados depois de janeiro de 1999)².

Nos últimos dez anos, enquanto a inflação variou 105,36%, as mensalidades dos planos de saúde aumentaram até 136,65% só com esse reajuste (sem esquecer que também há os aumentos por faixa etária, que podem acumular até 500% entre a primeira e a última faixa).

É sabido, portanto, que entre 2000 e 2010, a ANS autorizou um aumento de 136,65% no valor dos contratos de planos de saúde. Ou seja, os usuários passaram a pagar mais, porém os médicos não tiveram o mesmo ou sequer semelhante ou aproximado reajuste³.

Em contrapartida, a sociedade paranaense reclama das condições de atendimento, negativas de cobertura e constantes ameaças de paralisação do atendimento, por parte dos médicos, em virtude da ausência de reajuste dos honorários destes. O não-reajuste dos honorários médicos ou o seu não-ajuste expresso implica em desrespeito a Resolução 71/2004, da ANS, a qual expressamente estabelece como obrigação dos Planos de Saúde a inclusão da cláusula de reajuste dos honorários pagos aos médicos credenciados.

² Fonte: Agência Nacional de Saúde: www.ans.gov.br.

³ Dados constantes das ações judiciais movidas pelo SIMEPAR em face das operadoras de planos de saúde.



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



A qualidade do atendimento público de saúde está, sem dúvida, sendo comprometida, daí decorrendo a importância e necessidade de se disciplinar a atuação dos planos de saúde, a fim de se evitar prejuízos aos consumidores paranaenses.

PROPOSTA DE PROJETO DE LEI

Disciplina a relação entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores paranaenses usuários de planos de saúde, bem como dispõem sobre medidas voltadas à garantia da qualidade dos serviços.

Art. 1º. Ficam abrangidas por esta lei todas as operadoras de planos de saúde, não importando a forma de sua constituição, que tenham atuação no território do Paraná.

Art. 2º. É direito do usuário de planos de saúde ter atendimento pessoal, em unidades mantidas pelos planos de saúde, em todas as cidades paranaenses que possuam mais de cem mil habitantes.

Art. 3º. A todo consumidor paranaense titular de plano de saúde será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



regulamento ou das condições gerais dos produtos e serviços contratados, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

Art. 4º. É direito do usuário escolher, livremente, dentre os profissionais e entidades médico-hospitalares credenciados pela operadora, aquele que lhe convier para atendimentos e prestação dos serviços necessários.

Art. 5º. É direito do usuário de planos de saúde ter atendimento pessoal, em unidades mantidas pelos planos de saúde, em todas as cidades paranaenses que possuam mais de cem mil habitantes.

Art. 6º. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos após vinte e quatro meses de vigência do instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Art. 7º. É direito do usuário ser reembolsado, em todos os tipos de produtos e serviços, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

Art. 8º. O Departamento Estadual de Defesa do Consumidor no Paraná (PROCON-PR) manterá unidades especializadas no atendimento dos conflitos e impasses envolvendo os usuários e as operadoras de planos de saúde que atuam em território paranaense.

Parágrafo único. O PROCON-PR divulgará, semestralmente, inclusive em sua página virtual na rede mundial de computadores, relação das operadoras de planos de saúde com reclamações registradas junto aquele órgão, indicando a quantidade de reclamações recebidas, sua natureza, bem como a quantidade de reclamações acolhidas ou não.

Art. 9º. Os profissionais credenciados ou que de qualquer forma prestem serviços às operadoras de planos de saúde têm o direito de se fazerem representar por seu sindicato perante às operadoras, em suas negociações e reivindicações em geral.

Art. 10. Com o fim de não prejudicar o atendimento à população e a qualidade dos serviços, as reivindicações dos profissionais credenciados ou que de qualquer forma prestem serviços às operadoras de planos de saúde, que acarretem paralisação de atendimento deverão ser comunicadas às operadoras, ao Procon e ao Ministério Público Estadual, com 30 dias de antecedência mínima à suspensão do atendimento.



Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná

R. Cel. Joaquim Sarmiento, 177 <http://www.simepar.org.br>
Tel/Fax 0XX41 - 3338-8713 simepar@simepar.com.br



Parágrafo único. A suspensão do atendimento será permitida apenas após restar infrutífera a tentativa de negociação com as operadoras de planos de saúde.

Art. 11. Com o fim de preservar a qualidade dos serviços e atendimentos prestados pelos profissionais credenciados ou que de qualquer atendam as operadoras de planos de saúde, fica assegurado, no caso de inexistência de condição expressa mais benéfica, o reajuste dos seus honorários, anualmente, por índice oficial de medição da inflação.

P

JL

10 de Janeiro de 2013

Saúde suplementar

Governo suspende venda de 225 planos de saúde

Medida é uma punição pelo descumprimento das regras da ANS. Convênios terão três meses para adotar mudanças. Do contrário, seguirão suspensos

Por Marcela Mattos, de Brasília



Planos de saúde: suspensão se deve ao descumprimento de prazos máximos para consultas, exames e cirurgias (Thinkstock)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do governo federal, anunciou na manhã desta quinta-feira a suspensão das vendas de 225 planos de saúde de 28 operadoras. A partir da próxima segunda-feira, as companhias não poderão comercializar os planos por um prazo mínimo de três meses. Passado o período, se os convênios não restabelecerem os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde, a punição poderá ser prorrogada. **Confira a lista dos planos cuja venda foi suspensa.**

Ao todo, os planos reprovados pela ANS atendem 1,9 milhão de pessoas, o que corresponde a 4% dos clientes das operadoras brasileiras. A medida, contudo, não altera as regras para quem já é cliente dos planos. Os usuários poderão continuar fazendo o uso do convênio normalmente. As operadoras, no entanto, ficam proibidas de aumentar o número de beneficiários dos planos listados. O motivo da suspensão, de acordo com o Ministério da Saúde, é o descumprimento de prazos máximos para consultas, exames e cirurgias.

Leia mais:

Planos que tiveram a comercialização suspensa

Operadoras com planos suspensos e medidas administrativas adicionais

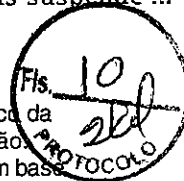
Planos com comercialização reativada

Reincidência — Desde o início do monitoramento, em janeiro de 2012, essa é a terceira vez que o Ministério da Saúde aperta o cerco contra os convênios médicos, seguindo os critérios estabelecidos na **Resolução Normativa 259** da ANS, que prevêem fiscalização trimestral. Em **julho do ano passado**, 268 planos de 37 operadoras sofreram a suspensão de 90 dias por descumprirem o prazo mínimo de atendimento. Três meses depois, na avaliação seguinte, **301 planos** de 38 operadoras foram punidos pelo governo. Desse total, 223 já haviam sofrido suspensão em julho.

Em sua quarta avaliação, a ANS constatou uma diminuição no número de penalidades aplicadas. De outubro para cá, as operadoras suspensas passaram de 38 para 28, o que, na opinião do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, reflete

Período	19/12/2011 a 18/03/2012	19/09/2012 a 18/12/2012
Total de reclamações	2.981	13.600
Operadoras médico-hospitalares com reclamações	191	415
Operadoras odontológicas com reclamações	14	20
Operadoras com planos suspensos	0	28
Planos suspensos	0	225

o efeito pedagógico da fiscalização. Ainda com base nos números de outubro, dessas 38 operadoras, 18 melhoraram os resultados e estão liberadas



à comercialização. Outro efeito positivo apontado por Padilha é o aumento das reclamações. Entre o período de 19 de setembro e 18 de dezembro de 2012, a ANS contabilizou 13.600 manifestações de beneficiários pelo descumprimento dos prazos máximos estabelecidos, o que representa um aumento de mais de 30% em relação à última avaliação, em outubro.

Penalidades — Das 28 operadoras que serão suspensas a partir da próxima segunda-feira, 16 seguem apresentando resultados negativos desde a primeira avaliação. A essas companhias, o governo vai impor medidas mais drásticas. Se, após notificadas, elas não apresentarem um plano de melhorias convincente em 15 dias, ANS irá indicar um diretor técnico para acompanhar os trabalhos de restabelecimento, feito por meio de aumento do quadro de funcionários e da ampliação de laboratórios e serviços.

Já as outras 12 operadoras terão de assinar um termo de compromisso apresentando as melhorias, e serão submetidas a nova avaliação daqui a três meses. A Unimed-Rio entra como 13ª operadora suspensa. No entanto, ela não consta no cálculo do governo por ter suspenso as vendas de forma voluntária.

Além de correrem o risco de enquadrarem-se no chamado rito técnico (quando a ANS coloca um diretor técnico para acompanhar o trabalho dessas empresas), as operadoras que não cumprirem os prazos estarão sujeitas a multas que variam entre 80.000 reais e 100.000 reais. "O Ministério da Saúde sempre percebeu que as multas não eram eficazes. Por isso, decidimos mexer no bolso das operadoras, ao proibir novos clientes", explicou Padilha.

**AS REGRAS DOS PLANOS DE SAÚDE**QUAIS SÃO OS PRAZOS MÁXIMOS PARA CONSULTAS, EXAMES E CIRURGIAS SEGUNDO
A RESOLUÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SERVIÇO	PRAZO (DIAS ÚTEIS)
CONSULTA BÁSICA - PEDIATRIA, CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	7 DIAS
CONSULTA NAS DEMAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS	14 DIAS
CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO	10 DIAS
CONSULTA/SESSÃO COM NUTRICIONISTA	10 DIAS
CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO	10 DIAS
CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL	10 DIAS
CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA	10 DIAS
CONSULTA E PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIO/CLÍNICA COM CIRURGIÃO-DENTISTA	7 DIAS
SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM REGIME AMBULATORIAL	3 DIAS
DEMAIS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA EM REGIME AMBULATORIAL	10 DIAS
PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE	21 DIAS
ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL-DIA	10 DIAS
ATENDIMENTO EM REGIME DE INTERNAÇÃO ELETIVA	21 DIAS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	IMEDIATO

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



MENSAGENS CHAVE

- O protesto tem como objetivo de exigir assistência de qualidade para os quase 48 milhões de pacientes (25% da população) e valorização dos mais de 170 mil profissionais de medicina que hoje atuam na saúde suplementar.
- O protesto não tem a intenção de prejudicar os usuários do sistema. Ao contrário disso, pretende mostrar que os médicos são solidários aos pacientes no descontentamento com a postura antiética dos planos de saúde, comprovado por inúmeras pesquisas de opinião e de reclamações aos órgãos de defesa do consumidor.
- Não é possível manter qualidade nos serviços com o atual desequilíbrio entre o crescente lucro das empresas e a insuficiente contrapartida em termos de valorização do trabalho médico.
- O movimento médico brasileiro tem buscado incessantemente o diálogo com as empresas, mas os avanços ainda são insatisfatórios. Nos últimos 12 anos, os reajustes das mensalidades dos planos somaram 150% (30 pontos percentuais acima da inflação acumulada no período – 120%). No mesmo período, os honorários médicos não atingiram reajustes de 50%.
- Além de reajuste nos honorários, a inserção de índices e periodicidade de reajustes nos contratos – por meio da negociação coletiva pelas entidades médicas – e a fixação de outros critérios de contratualização, os médicos pedem o fim da intervenção antiética na autonomia da relação médico-paciente.

Importante esclarecer:

- Os atendimentos de urgência e emergência serão mantidos;
- Os pacientes estão sendo previamente informados da suspensão do atendimento;
- Durante o período de suspensão do atendimento, a cobrança das consultas e procedimentos eletivos será realizada diretamente do paciente, que receberá recibo para solicitar reembolso à operadora;
- As entidades médicas não apoiam a cobrança direta pelos médicos de valores adicionais por consultas ou procedimentos dos beneficiários de planos de saúde credenciados. Este tipo de ação é proibido pelo Código de Ética Médica;
- Nenhum médico é obrigado ou impelido a participar de movimentos de negociação coletiva, de paralisações ou descredenciamentos. Os médicos insatisfeitos com os valores oferecidos pelas operadoras podem se descredenciar – seguindo os critérios previstos em contratos.

Atentar para os números do setor, disponíveis na página 16



Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



Médicos suspendem atendimento a planos por até 15 dias em outubro

Contra abusos praticados pelas operadoras, médicos exigem assistência de melhor qualidade para os pacientes e valorização da Medicina

Médicos de todo o Brasil suspenderão a prestação de serviços aos planos de saúde por até 15 dias no mês de outubro. Para marcar o início da mobilização nacional, os profissionais realizarão atos públicos (assembleias, caminhadas e concentrações) nos estados em 10 de outubro. A partir de então, a categoria pode interromper, por tempo determinado, o atendimento eletivo que, a depender da estratégia de cada estado, pode se estender até o dia 25. O movimento alcançará somente a assistência eletiva: urgências e emergências serão tratadas normalmente.

O protesto ganhou forte adesão nacional, com a adesão inicial de XX estados. Em XX deles, a suspensão atingirá todas as empresas de saúde suplementar. Em outros XX, a mobilização afetará consultas e procedimentos a planos selecionados localmente. XX estados irão realizar assembleias na próxima semana para definir períodos e planos atingidos, enquanto somente XX unidades da federação decidiram não suspender o atendimento, embora apoiem a manifestação. Os nomes das operadoras constam no quadro da página 7. **(EM ATUALIZAÇÃO)**

O presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino Cardoso, afirma que a saúde suplementar brasileira vive hoje um momento de falta de credibilidade. Cita recente pesquisa Datafolha/APM, em que 15% dos entrevistados (1,5 milhão de pessoas) afirmam ter recorrido ao Sistema Único de Saúde (SUS) em média 2,6 vezes e 9% (950 mil usuários) ao atendimento particular em média duas vezes, nos últimos 24 meses. "Há grande insatisfação de pacientes usuários do sistema, assim como de médicos prestadores dos serviços, conforme revelam inúmeras pesquisas de opinião e as reclamações de usuários nos órgãos de defesa do consumidor. Não é possível manter qualidade nos serviços com o atual aviltamento dos honorários médicos pagos".

Florisval Meinão, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), apresenta dados de balanço das queixas recebidas nos 15 primeiros dias de funcionamento do SOS Pacientes Planos de Saúde APM/PROTESTE (0800-200-4200), para reforçar a tese do atual desequilíbrio do setor. "Recebemos mais de 420 queixas relativas principalmente à demora no atendimento e negativas dos planos, confirmando o cenário apresentado na Pesquisa APM/Datafolha com os usuários".

"O movimento médico brasileiro tem buscado incessantemente o diálogo com as empresas da área de saúde suplementar, mas os avanços ainda são insatisfatórios. O que está em jogo é o exercício profissional de 170 mil médicos e a assistência a quase 48 milhões de pacientes", completa Aloísio Tibiriça, 2º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) e coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU).

Reivindicações – Além de reajuste nos honorários, os médicos pedem o fim da interferência antiética das operadoras na relação médico-paciente. Também reivindicam a inserção, nos contratos, de índices e periodicidade de reajustes – por meio da negociação coletiva pelas entidades médicas – e a fixação de outros critérios de contratualização.



CFM



Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



De acordo com as lideranças do movimento, os pacientes não serão prejudicados com a mobilização dos médicos. As consultas serão remarçadas posteriormente e não haverá paralisação nos atendimentos de casos de emergência.

“As reivindicações da categoria são essenciais. Entendemos que, sem uma pressão mais efetiva sobre os planos de saúde, eles dificilmente sentarão para negociar. Desta forma, uma mobilização por mais dias demonstra que, daqui para frente, os médicos tomarão medidas cada vez mais duras para uma melhor relação com o paciente”, avalia Geraldo Ferreira, presidente da Federação Nacional dos Médicos (Fenam).

Histórico – Algumas conquistas dos médicos surgiram após as três recentes mobilizações da categoria com foco na queda de braço entre profissionais e operadoras. A primeira em 7 de abril de 2011 e a segunda em 21 de setembro do mesmo ano. A última mobilização nacional aconteceu em 25 de abril, quando, além de protestarem, representantes das entidades médicas nacionais entregaram formalmente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) um documento com 15 propostas para estabelecer critérios adequados para a contratação de médicos pelas operadoras de planos de saúde e para a hierarquização dos procedimentos estabelecidos pela CBHPM.

Após cinco meses, ANS afirma ainda analisar proposta da categoria. Durante esse período, a Agência publicou a Instrução Normativa nº 49, que foi considerada inócua pelas entidades, pois não tem o pressuposto da negociação coletiva.

Saiba mais:

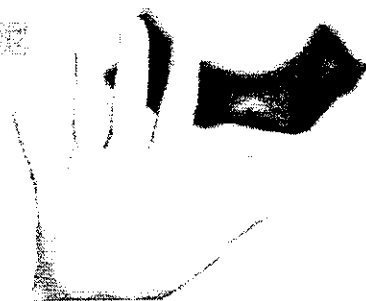
Conheça os cinco pontos da pauta de reivindicação da categoria médica:

1. Reajuste dos honorários de consultas e outros procedimentos, tendo como referência a CBHPM.
2. Inserção nos contratos de critério de reajuste, com índices definidos e periodicidade, por meio de negociação coletiva
3. Inserção nos contratos de critérios de descredenciamento
4. Resposta da ANS, por meio de normativa, à proposta de contratualização, encaminhada pelas entidades médicas
5. Fim da intervenção antiética na autonomia da relação médico-paciente.

O que acontece?

- No dia 10 de outubro, médicos de todo o país organizam atos públicos (caminhada, manifestação, assembleia) para marcar o início do movimento.
- Durante 15 dias, entre 10 e 25 de outubro, os profissionais podem suspender o atendimento através das guias dos planos de saúde.
- Os pacientes serão previamente informados da suspensão do atendimento, podendo ter suas consultas e procedimentos eletivos reagendados.
- Os atendimentos de urgência e emergência serão mantidos.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



De Norte a Sul, entidades médicas se organizam para protestar contra planos de saúde

Associações e sociedades de especialidades, conselhos de medicina e sindicatos médicos organizam uma série de atividades em outubro pelo protesto contra os abusos praticados pelos planos de saúde. Confira abaixo, a decisão de cada um dos estados:

Acre – Os médicos do estado decidiram pela suspensão do atendimento a consultas e procedimentos eletivos para todos os planos de saúde entre os dias 10 e 17 de outubro.

Amapá – No Amapá, a Comissão de Honorários Médicos mantém uma mesa de negociação permanente com as operadoras de planos de saúde, desde abril de 2011. As negociações têm resultado em avanços na saúde suplementar do estado, que não irá aderir ao protesto nacional.

Alagoas – Assembleia prevista para 08/10

Amazonas – Aguardando resposta

Bahia – No estado, o protesto contra os planos de saúde terá início no dia 10, com término em 18 de outubro. Serão atingidas as operadoras que não negociaram, não cumpriram acordos ou que apresentaram propostas irrisórias.

Ceará – Aguardando resposta

Distrito Federal – Aguardando resposta

Espírito Santo – Assembleia prevista para 08/10

Goiás – Haverá paralisação dos atendimentos eletivos entre os dias 17 e 19 de outubro. A suspensão atingirá sete planos de saúde considerados os piores em atuação em no estado. Está prevista a realização de uma assembleia no dia 08 de outubro para oficializar o protesto.

Maranhão – Haverá paralisação dos atendimentos a partir do dia 10 de outubro, por um período de 15 dias. Serão atingidos os planos que atrasam de forma sistemática o pagamento dos honorários dos profissionais, os que interferem na autonomia do médico, negando exames e postergando internações sem justificativa técnica, além daqueles que não adotam a CBHPM como referencia para cobrança de honorários.

Mato Grosso – Em 11 de outubro, médicos do estado suspenderão o atendimento em protesto aos planos de saúde. Uma assembleia será realizada no dia 15 de outubro para definir rumos do movimento.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



Mato Grosso do Sul – Em assembleia realizada no último dia 26 de setembro, as sociedades de especialidades e a Comissão de Honorários Médicos do estado decidiram pela suspensão do atendimento a consultas e procedimentos eletivos para todos os planos de saúde entre os dias 10 e 17 de outubro.

Minas Gerais – Entre os dias 10 e 18, os profissionais suspenderão atendimentos eletivos através dos planos de saúde e cooperativas médicas que operam planos de saúde. Durante o período, o atendimento será realizado através de cobrança direta ao paciente, praticando os valores de procedimentos tendo como referência a CBHPM 2011 e consulta sugerida de R\$80,00. Com os recibos, os pacientes poderão pedir reembolso.

Pará – Não haverá suspensão do atendimento no estado, mas, em apoio ao movimento nacional, as entidades médicas locais realizarão coletiva à imprensa no dia 10 para esclarecer os motivos do movimento nacional contra os planos de saúde.

Paraíba – Assembleia prevista para 10/10

Paraná – Em razão da irregularidade contratual, os médicos suspenderão o atendimento às operadoras de saúde pelo prazo de 15 dias, iniciando no próximo dia 10 de outubro. Durante o período, a cobrança das consultas e procedimentos eletivos será realizada diretamente do paciente, que receberá recibo para solicitar reembolso. Todos os atendimentos de urgência e emergência serão mantidos sem quaisquer modificações.

Pernambuco – Entre os dias 8 e 14 de outubro, o movimento médico de Pernambuco dará início à divulgação das causas do movimento, com ato público no dia 10. Na semana seguinte, de 16 a 19 de outubro, serão paralisados os atendimentos a alguns planos do estado (planos-alvo).

Piauí - Do dia 10 a 14 de outubro, todos os médicos credenciados juntos às operadoras no Piauí se mobilizarão em apoio ao movimento nacional contra os abusos cometidos pelos planos e seguros de saúde. Em respeito aos usuários de planos de saúde, as entidades médicas locais estão fazendo divulgação tanto na imprensa como através de material informativo distribuídos nos hospitais e clínicas ligadas à rede credenciada.

Rio de Janeiro – No Rio de Janeiro, é uma prática a negociação anual de honorários e procedimentos com as operadoras, com consequentes reajustes. As negociações com os 19 principais planos serão avaliadas pelas entidades locais no dia 8 de outubro e, em assembleia geral no dia 10, as entidades locais irão definir os rumos do movimento em âmbito estadual.

Rio Grande do Norte – Em 10 de outubro, médicos do estado realizarão manifestação contra os abusos cometidos pelos planos de saúde na praça 7 de setembro, em frente à Assembleia Legislativa. Como forma de protesto, o atendimento será suspenso durante a quarta. Uma assembleia será realizada à noite, para decidir se a paralisação continua.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



Rio Grande do Sul – Os médicos gaúchos decidiram, em assembleia em Porto Alegre, suspender de 15 a 17 deste mês as consultas e os procedimentos não urgentes de usuários de seis planos que mantêm mau relacionamento com a categoria no Estado. Desde 2011, a Comissão Estadual de Honorários Médicos convida as empresas para tratar da elevação dos valores. Mais de 16 mil dos 24 mil médicos do Estado estão credenciados a operadoras.

Rondônia – A Comissão de Honorários Médicos de Rondônia foi recentemente criada, se mobiliza pela primeira vez por melhorias na saúde suplementar. No estado, o atendimento será suspenso no período de 15 a 17 de outubro.

Roraima – Não haverá suspensão do atendimento no estado, mas, em apoio ao movimento nacional, os médicos expressarão sua insatisfação por meio da imprensa e no contato com os pacientes, ao esclarecerem aspectos da pauta de reivindicações da categoria.

Santa Catarina – Entre os dias 15 e 19 de outubro, os médicos catarinenses suspenderão o atendimento aos planos de saúde que ainda não firmaram acordo com o Conselho Superior das Entidades Médicas de Santa Catarina. O protesto ocorre na Semana do Médico para chamar a atenção pelo desrespeito das operadoras com o trabalho médico.

Sergipe – Assembleia prevista para 08/10

São Paulo – Os médicos do estado decidiram paralisar o atendimento eletivo aos planos de saúde de 10 a 18 de outubro como protesto contra práticas abusivas das empresas e a defasagem inaceitável dos procedimentos médicos. As lideranças aprovaram a suspensão do atendimento ao grupo de operadoras que não aceitaram negociar com a classe médica ou não enviaram propostas concretas até o momento. Na noite do dia 8, novos planos serão acrescentados à lista, que será divulgada em coletiva no dia 9 de outubro, na sede da Associação Paulista de Medicina (APM).

Tocantins – Assembleia prevista para 08/10

**Médicos exigem
assistência de qualidade
para os pacientes e
valorização da Medicina!**



Quadro nacional do protesto de outubro contra as operadoras*		
Estado	Planos alvos	Período de suspensão do atendimento
Acre	TODAS AS OPERADORAS	10 a 17 de outubro
Alagoas	<i>Assembleia prevista para 08/10</i>	
Amapá	<i>Não haverá protesto</i>	--
Amazonas	<i>Aguardando resposta</i>	
Bahia	Hapvida, Amil/Medial, SulAmérica, Cassi, Petrobrás, Geap, e Golden Cross	10 a 19 de outubro
Ceará	<i>Aguardando resposta</i>	
Distrito Federal	<i>Aguardando resposta</i>	
Espírito Santo	<i>Assembleia prevista para 08/10</i>	
Goiás	Amil, Cassi, Capesesp, Fassincra, Geap, Imas e Promed	17 a 19 de outubro
Maranhão	Unimed, Unihosp, Hapvida, Conmed, Saúde Bradesco, Multiclínica e Geap	10 a 24 de outubro
Mato Grosso	Grupo Unidas	11 de outubro
Mato Grosso do Sul	TODAS AS OPERADORAS	10 a 17 de outubro
Minas Gerais	TODAS AS OPERADORAS	10 a 18 de outubro
Pará	<i>Não haverá protesto</i>	--
Paraíba	<i>Assembleia prevista para 10/10</i>	
Paraná	Unidas, Abramge e Fenasaude	10 a 24 de outubro
Pernambuco	Saúde Bradesco, SulAmérica, Itaú Unibanco, Allianz, AGF, AIG e Hapvida	16 a 19 de outubro
Piauí	TODAS AS OPERADORAS	10 a 14 de outubro
Rio de Janeiro	<i>Assembleia prevista para 10/10</i>	
Rio Grande do Norte	TODAS AS OPERADORAS	10 de outubro
Rio Grande do Sul	Cabergs, Saúde Caixa, Geap, Centro Clínico Gaúcho, DoctorClin e SulAmérica	15 a 17 de outubro
Rondônia	TODAS AS OPERADORAS	15 a 17 de outubro
Roraima	<i>Não haverá protesto</i>	--
Santa Catarina	Agemed, planos de saúde regionais e todos os planos do grupo Unidas	15 a 19 de outubro
São Paulo	Golden Cross, Green Line, Intermédica, Itálica, Metrópole, Prevent Sênior, Santa Amália, São Cristóvão, Seisa, Tempo Assist (Gama Saúde e Unibanco), Trasmontano e Universal	10 a 18 de outubro
Sergipe	<i>Assembleia prevista para 08/10</i>	

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!

Tocantins

Assembleia prevista para 08/10

*Informações repassadas pelas entidades médicas regionais.

Pesquisa confirma graves problemas na assistência dos planos de saúde aos pacientes

A Associação Paulista de Medicina (APM) apresentou, em agosto, a pesquisa Datafolha encomendada especialmente para desenhar um panorama de como anda o atendimento dos planos de saúde aos pacientes, no estado de São Paulo. Foram queixas recorrentes as falhas no atendimento em pronto-socorro, dificuldades para realização de exames e procedimentos de maior custo, dentre outros problemas.

A pesquisa APM-Datafolha foi realizada para conhecer a opinião dos usuários de planos ou seguros de saúde do Estado de São Paulo, investigando a utilização dos serviços e os principais conflitos e deficiências percebidas. A amostragem tem como base 804 entrevistas, distribuídas por todo o estado, com uma população de 18 anos ou mais, possuidora de plano ou seguro saúde, que utilizou algum serviço nos últimos 24 meses. Retrata um universo de 10 milhões de pacientes da saúde-suplementar.

É importante lembrar que a Resolução nº 259 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicada este ano, estabelece prazos máximos para todos os tipos de atendimento. Mesmo após a suspensão da venda de planos de algumas empresas por não cumprirem esta exigência, o cenário parece não ter mudado. Ao contrário, se agrava a cada dia.

Principais resultados

- Entre os usuários que utilizaram os serviços de planos de saúde nos últimos dois anos, 77% tiveram algum problema (praticamente 8 em cada 10).
- O índice de usuários com problemas foi de 64% para consultas; 40% em exames diagnósticos, e, o que é gravíssimo, 72% em pronto-socorro, quando a pessoa mais necessita de agilidade e resolubilidade. pronto-socorro, 67% dos pacientes reclamam de superlotação, 51% da demora para atendimento
- No caso das consultas, as principais queixas também são de demora para marcação, de médico que saiu do plano e demora para autorização.
- Os usuários também reclamam da falta de opções, ocasionada pela insuficiência das redes credenciadas. Apontam problemas como a saída de médicos dos planos (30%), falta de médicos nas especialidades (20%), poucas opções de hospitais (30%) e de laboratórios (24%);
- No pronto socorro, a situação é ainda mais alarmante. Dois terços dos pacientes que precisaram do serviço relataram que o local de espera estava lotado.
- São casos de risco ou dor em que os usuários se deparam com tamanha dificuldade. As principais queixas referem-se a demora para realização de exames (12%), locais inadequados para medicação (12%) e até mesmo negativa de atendimento (5%) e demora ou negativa na transferência para leito hospitalar (4%).
- Sobre os médicos e prestadores de serviço, a percepção de 66% dos usuários é de que os planos colocam restrições em diversas etapas para realização de exames de maior custo e, para (53%), de que os planos restringem o tempo de internação hospitalar ou UTI.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!

- O alto grau de conscientização dos pacientes também foi notado em relação aos obstáculos enfrentados pelos médicos. A maior parte (60%) acredita que os planos pagam aos profissionais um valor muito baixo por consultas ou procedimentos e 53% concordam que as operadoras pressionam os médicos para reduzir o tempo de internação hospitalar ou UTI.
- Indignadas, 100 mil pessoas já entraram na Justiça contra planos de saúde e 14% da mostra, equivalente a 1,4 milhão, conhecem alguém que também buscou a mesma via. Nesta linha, 76% têm a imagem de que os planos de saúde são objeto de muitas reclamações nos órgãos de defesa do consumidor.

Interferências de planos de saúde prejudica pacientes

Em todo o Brasil, as pressões dos planos de saúde sobre os médicos são enormes, conforme aponta pesquisa Datafolha divulgada em 2010, encomendada pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), com o apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM). A maioria absoluta dos profissionais brasileiros denuncia interferências das empresas para reduzir solicitação de exames, para reduzir internações, além de inúmeros outros ataques ao livre exercício da medicina.

O levantamento tem o intuito de conhecer a opinião dos médicos do Brasil sobre a atuação das empresas de saúde suplementar. Foram entrevistados profissionais cadastrados no CFM, que atendam a planos ou seguros de saúde particulares e tenham trabalhado com, no mínimo, três planos ou seguros saúde atualmente e/ou nos últimos cinco anos. Foram realizadas 2.184 entrevistas finais, contemplando os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, entre os dias 23 de junho e 24 de agosto de 2010.

Principais resultados:

- O médico que trabalha com planos ou seguros de saúde atribui, em média, nota 5 para as operadoras, em escala de zero a dez. Ressalta-se que 5% dos médicos deram nota zero para os planos ou seguros saúde brasileiros e apenas 1% atribuiu notas 9 ou 10*.
- 92% dos médicos brasileiros que atendem planos ou seguros saúde afirmam que sofreram pressão ou ocorreu interferência das operadoras na autonomia técnica do médico*.
- Entre as interferências no trabalho médico, glosar procedimentos ou medidas terapêuticas e impor a redução de número de exames ou procedimentos são as práticas mais comuns das operadoras (veja quadro abaixo).

Principais interferências dos planos no trabalho médico	
Reclamações	%
Glosar (rejeitar a prescrição ou cancelar pagamento) de procedimentos ou medidas terapêuticas	78
Limitar número de exames ou procedimentos	75
Restringir (limitar cobertura) doenças pré-existent	70
Autorizar atos diagnósticos e terapêuticos somente mediante a designação de auditores	70
Interferir no tempo de internação de pacientes (determinar alta hospitalar antes da hora)	55
Negar a prescrição de medicamentos de alto custo	49
Interferir no período de internação pré-operatório (não permitir, por exemplo, a internação na véspera da cirurgia)	48
Nenhuma	6

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!

Base (número de médicos entrevistados)

2184

Fonte: APM/Datafolha – Pesquisa Nacional

- Mais da metade dos hospitais (54,9%) afirma que os planos de saúde determinam a transferência de pacientes para hospitais próprios das operadoras.
- Mais da metade dos hospitais (51%) afirma que os planos de saúde demoram na liberação de guias de autorização para internação, cirurgia e exames, o que prejudica pacientes e médicos.

Médicos informam autoridades sobre protesto contra planos de saúde

O Ministério da Saúde recebeu, na manhã desta terça-feira (2 de outubro), comunicado formal sobre a realização de um grande protesto organizado pelos médicos contra as empresas que operam no setor da saúde suplementar. Juntamente com o ofício enviado às autoridades, os médicos entregaram cópia da carta que será encaminhada às operadoras (confira as íntegras abaixo).

No documento, os profissionais ressaltam que o protesto exprime a preocupação dos médicos com os riscos de desassistência gerados pelas operadoras de planos de saúde ao recusarem o diálogo e estagnarem os entendimentos entre os profissionais e as operadoras.

“Os médicos têm, sucessivamente, apontado situações que desrespeitam pacientes e profissionais em seus direitos”, informa o ofício assinado pelos presidentes da Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam).

Desequilíbrio – O documento destaca ainda alguns números sobre o setor. No Brasil, o mercado de planos de saúde cresce cerca de 5% ao ano, o que garante grande faturamento às operadoras (cuja receita em 2011 foi de R\$ 82,4 bilhões), sem suficiente contrapartida em termos de valorização do trabalho médico e na oferta de cobertura às demandas dos pacientes.

Nos últimos 12 anos, os reajustes dos planos somaram 150% (30 pontos percentuais acima da inflação acumulada no período – 120%). No mesmo período, os honorários médicos não atingiram reajustes de 50%. Da receita de R\$ 82,4 bilhões, de acordo com a ANS, foram aplicados na assistência médica R\$ 67,9 bilhões, o que sugere um margem de lucro abusiva.

Reivindicações – Além de reajuste nos honorários, os médicos pedem o fim da interferência antiética das operadoras na relação médico-paciente. Também reivindicam a inserção, nos contratos, de índices e periodicidade de reajustes – por meio da negociação coletiva pelas entidades médicas – e a fixação de outros critérios de contratualização.

De acordo com as lideranças do movimento, os pacientes não serão prejudicados com a mobilização dos médicos. As consultas serão remarcadas posteriormente e não haverá paralisação nos atendimentos de casos de emergência.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



OFÍCIOS ÀS AUTORIDADES SOBRE O PROTESTO DE OUTUBRO

À Sua Excelência
Senhor Alexandre Padilha
Ministro de Estado da Saúde

Senhor Ministro,

As entidades médicas nacionais, por meio deste, exprimem sua grande preocupação com o quadro de desequilíbrio existente no campo da saúde suplementar no país, o qual, segundo já divulgado, culminará com um protesto nacional contra as operadoras de planos de saúde, previsto para começar no próximo dia 10 de outubro.

Este será o quarto protesto nos últimos dois anos. Os anteriores ocorreram em 7 de abril e em 21 de setembro de 2011 e 25 de abril de 2012. Desta vez, os relatos dão conta da realização de atos públicos (assembleias, caminhadas e concentrações) no período de 10 a 25 de outubro de 2012, sendo que, com base em decisões tomadas em assembleias locais, a categoria pode suspender, por tempo determinado, consultas e outros procedimentos eletivos.

A pauta de reivindicações do movimento contempla **CINCO** pontos:

1. Reajuste dos honorários de consultas e outros procedimentos, tendo como referência a CBHPM;
2. Inserção de critérios de reajuste, com índices e periodicidade definidos por meio de negociação coletiva, nos contratos;
3. Inserção de critérios de descredenciamento nos contratos;
4. Resposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de normativa, à proposta de contratualização, encaminhada pelas entidades médicas;
5. Fim da intervenção antiética na autonomia da relação médico-paciente.

Trata-se de um movimento coordenado pelas entidades médicas locais, que relatam dificuldade de prosseguir negociações com os empresários dos planos para recomposição das perdas acumuladas nos honorários de consultas e procedimentos e para interrupção definitiva na interferência antiética dos planos na relação médico-paciente.

Os médicos têm, sucessivamente, apontado situações que desrespeitam pacientes e profissionais em seus direitos. Entre elas, constam glosas indevidas, restrições de atendimento, descredenciamentos unilaterais, "pacotes" com valores prefixados e outras medidas que reduzem a qualidade do atendimento, gerando uma crise sem precedentes na saúde suplementar.

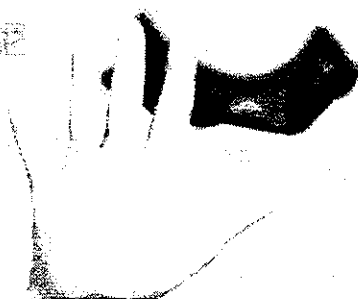
Por outro lado, apesar do cenário nebuloso existente, o setor atestada seu bom desempenho contínuo em seus indicadores. No Brasil, o mercado de planos de saúde cresce mais de 5% ao ano, o que significa milhões de novos



CFM



Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



usuários no país por período, o que garante grande faturamento às operadoras (cujas receitas em 2011 foram de R\$ 82,4 bilhões), sem suficiente contrapartida em termos de valorização do trabalho médico e na oferta de cobertura às demandas dos pacientes.

Nos últimos 12 anos, os reajustes dos planos somaram 150% (30 pontos percentuais acima da inflação acumulada no período – 120%). No mesmo período, os honorários médicos não atingiram reajustes de 50%. Das receitas de R\$ 82,4 bilhões, de acordo com a ANS, foram aplicados à assistência médica R\$ 67,9 bilhões, o que sugere uma margem de lucro abusiva.

Aproveitamos a oportunidade para encaminhar como anexo documento que tem sido enviado às operadoras de planos de saúde nos estados com informes sobre o protesto e sobre a pauta de reivindicações da categoria. O texto ressalta o interesse das entidades médicas locais em estabelecer canal efetivo de diálogo para alcançar as soluções esperadas pelos médicos e 48 milhões de usuários dos planos de saúde.

Finalmente, diante desse quadro de desequilíbrio, solicitamos a mediação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na superação deste impasse.

Atenciosamente,

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB)
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)
FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (Fenam)



CFM



Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



CARTA ABERTA ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

A partir do próximo dia 10 de outubro, os médicos de todo o país irão - novamente - alertar a sociedade e a população usuária de planos de saúde sobre os baixos honorários e as interferências antiéticas praticadas pelas operadoras.

Trata-se de um PROTESTO aos abusos praticados pelos convênios, seguros e planos de saúde suplementar, numa lógica que tem seguidamente privilegiado o lucro em detrimento da qualidade da assistência à população e do equilíbrio nas relações com os médicos.

Coordenado pelas entidades médicas locais e regionais, este será o quarto protesto nos últimos dois anos. Os anteriores ocorreram em 7 de abril e em 21 de setembro de 2011 e 25 de abril de 2012. Estão previstos atos públicos (assembleias, caminhadas e concentrações) no período de 10 a 25 de outubro de 2012, sendo que, com base em decisões tomadas em assembleias locais, a categoria pode suspender, por tempo determinado, consultas e outros procedimentos eletivos.

Informamos que a pauta de reivindicações do movimento contempla CINCO pontos:

1. Reajuste dos honorários de consultas e outros procedimentos, tendo como referência a CBHPM;
2. Inserção de critérios de reajuste, com índices e periodicidade definidos por meio de negociação coletiva, nos contratos;
3. Inserção de critérios de descredenciamento nos contratos;
4. Resposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de normativa, à proposta de contratualização, encaminhada pelas entidades médicas;
5. Fim da intervenção antiética na autonomia da relação médico-paciente.

Em que pesem os esforços de algumas empresas que aceitaram o diálogo com os médicos, ofereceram reajustes e apresentaram cronograma de pagamento, há situações de impasse que permanecem e que esperam por soluções imediatas.

Neste sentido, solicitamos às operadoras de planos de saúde que retomem a negociação com as entidades médicas a partir dos parâmetros aqui apresentados. O estabelecimento desse canal de diálogo será de grande benefício para empresários, médicos e pacientes.

Atenciosamente,

COMISSÃO ESTADUAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS



Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



APÓS CINCO MESES, ANS AINDA ANALISA PROPOSTA DOS MÉDICOS

Há mais de cinco meses (no dia 25 de abril, data em que os médicos brasileiros deram cartão amarelo aos planos de saúde) as entidades entregaram formalmente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) documento com 15 propostas da categoria para estabelecer critérios adequados para a contratação de médicos pelas operadoras de planos de saúde.

Três itens propostos pelos médicos (confira o documento abaixo) foram contemplados na Instrução Normativa ANS da nº 49, que, no entanto, não agradou a categoria. O problema é que a medida não garante com eficácia o reajuste de contratos, que, pela norma da Agência, poderia ser em valores ínfimos pré-fixados. Na opinião das entidades médicas, não há como o médico negociar diretamente com os planos, pois ele é o lado mais fraco e ficará sem alternativas. Para haver avanço, é necessário o pressuposto de que as entidades devem estar obrigatoriamente incluídas nestas negociações, pois são as representações legítimas.

Confira as propostas na íntegra:

1. Toda entidade médica legalmente constituída poderá negociar com as operadoras em nome de seus jurisdicionados, sem exclusão de uma pelas outras.
2. Obrigatoriamente, haverá uma data base anual nacional estabelecida para reajuste ou aditivos contratuais com redefinição dos valores dos serviços contratados, segundo os critérios estabelecidos na negociação coletiva anual entre a operadora e a representação dos prestadores.
- § 1º O critério de remuneração mínima terá como valor a CBHPM em vigor.
- § 2º O índice de reajuste anual, quando não houver negociação, será o mesmo fixado pela ANS para os usuários de planos de saúde.
3. Os serviços prestados deverão ser efetivamente pagos em até 30 dias corridos da apresentação do faturamento no primeiro dia útil de cada mês e, no caso da entrega do envio do faturamento eletrônico o prazo é de 10 dias corridos para o pagamento.
4. O atraso no pagamento obrigará a operadora ao pagamento de multa de xxxx e atualização monetária de xxxx ao dia.
5. Não serão admitidas glosas de procedimentos médicos realizados que estejam no Rol da ANS ou da operadora ou que tenham sido objeto de autorização prévia, bem como de qualquer desconto indevido.
6. As glosas que porventura forem feitas pela operadora, das quais caberá pedido de reconsideração, serão notificadas ao prestador em documento assinado pelo médico auditor, com explicação detalhada de cada caso, até o dia 15 (quinze) do mês de apresentação do correspondente documento de cobrança, cabendo recurso em 10 dias pelo prestador.
7. Os contratos serão firmados entre os prestadores médicos PF ou PJ.
8. Os profissionais médicos poderão prestar seus serviços como PF ou PJ, de acordo com o profissional, vedado o constrangimento de migrar de uma para outra situação.
9. Os contratos deverão estabelecer o local de atendimento do profissional aos pacientes usuários da operadora.

Continua...

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



10. Os pagamentos devidos ao prestador pela execução de serviços em unidades de saúde deverão ser efetuados diretamente ao profissional, pela operadora. Excetuam-se os casos de médicos contratados diretamente pela Unidade.

Parágrafo Único: o atendimento realizado entre às 19 e às 7h durante a semana e em finais de semana e feriados, sem prejuízo do disposto no caput, serão remunerados com acréscimos de 30%.

11. Fica vedado o descredenciamento de médico de operadora, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa no âmbito da operadora ou outro.

§ 1º No caso de descredenciamento, o médico será notificado com 90 dias de antecedência e caso seja motivado por redimensionamento da rede, deverá ter o aval da ANS.

§ 2º A inobservância do caput implicará a reintegração no trabalho com todas as garantias e demais vantagens relativas ao período de afastamento, o qual será considerado como de efetiva prestação de serviços.

12. As partes se obrigam a respeitar e abrigar nos contratos, o Código de Ética Médica e Resoluções amparadas em lei, emanadas dos Conselhos.

13. O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o do local da prestação do serviço médico.

14. A operadora fornecerá aos prestadores médicos o extrato mensal detalhado da prestação dos serviços, incluindo as glosas.

15. A Operadora de Plano de Saúde disponibilizará um canal direto de comunicação do prestador médico com a coordenação médica da operadora.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Dados gerais sobre o setor

- O Brasil tem **371 mil médicos** em atividade, registrados no Conselho Federal de Medicina.
- Aproximadamente **170 mil médicos** atuam na saúde suplementar, atendem usuários de planos e de seguros de saúde.
- **47,8 milhões (25% da população)** é o número de usuários de planos de assistência médica no Brasil. O dado é de dezembro de 2011.
- **77% dos usuários** de planos de assistência médica estão em planos coletivos (quase 37 milhões de pessoas). 21% têm plano individual ou familiar.
- Por ano, os médicos realizam, por meio dos planos de saúde, em torno de **223 milhões de consultas** e acompanham **4,8 milhões de internações**.
- Os médicos atendem, em média, em seus consultórios, **oito planos** ou seguros saúde.
- Cada usuário de plano de saúde vai ao médico (consulta) em média **5 vezes por ano**.
- **80% das consultas**, em um mês típico de consultório médico, são realizadas por meio de plano de saúde. As consultas particulares representam, em média, 20% do trabalho médico em consultório.
- Dos usuários de planos de assistência médica, 16% ainda permanecem em planos antigos (7,6 milhões), muitos deles com restrições de cobertura ainda piores do que as praticadas pelos planos novos (contratos após janeiro de 1999).
- Em média, o número de beneficiários de planos de saúde aumenta 4% a cada ano. De 2011 à março de 2012, mais um milhão de brasileiros passaram a ter plano de saúde – aumento de 2,2%.
- O aumento da renda dos brasileiros e a situação positiva do mercado de trabalho, com baixas taxas de desemprego e crescimento de vínculos formais com carteira assinada, fizeram crescer a venda de planos de saúde, sobretudo os coletivos e empresariais, que somam 77% do mercado.
- Os índices de inflação – de 2000 a 2011, medidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), utilizado pelo governo para medição das metas inflacionárias – acumularam 119,8% no período, o que não foi repassado aos honorários médicos.

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



- De 2000 a 2011, os reajustes da ANS autorizados para os planos individuais acumularam 150,89%, sem repasse aos honorários médicos. A ANS autorizou em 2011 o maior aumento às operadoras desde 2007, ao fixar em 7,69% o índice de reajuste. Os planos coletivos podem ter reajustes anuais ainda maiores, pois é livre a negociação entre operadoras e empresas ou grupos contratantes.

Dados sobre os reajustes praticados pelas operadoras

Índices do IPCA x Índices da ANS

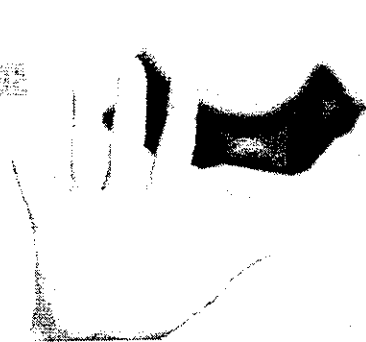
Ano	IPCA	Reajuste ANS
2000	6,92	5,42
2001	6,44	8,71
2002	7,75	7,69
2003	16,57	9,27
2004	5,89	11,75
2005	7,54	11,69
2006	5,32	8,89
2007	2,96	5,76
2008	4,73	5,48
2009	5,61	6,76
2010	5,17	6,73
2011	6,3	7,69
Acumulado 2000 a 2011	119,8	150,89

IPCA: referência a março de cada ano; 12 meses anteriores.

Dados sobre a saúde financeira das operadoras

- Existem hoje 1.607 planos em atividade, dos quais 60% são de pequeno porte, com até 20.000 pessoas.
- O valor médio da mensalidade cobrada pelos planos de saúde em 2011 foi de R\$ 136,40, uma variação de 7,4% em relação a 2010, quando os planos custavam, em média, R\$ 127,00 per capita/mês.
- A sinistralidade (razão entre a despesa assistencial e receita angariada com as mensalidades) é de 82,4%.
- A receita dos planos de saúde cresce, em média, 14% ao ano. Em 2011, as operadoras médico-hospitalares tiveram uma receita de R\$ 82,4 bilhões, 12,9% a mais que em 2010 (veja quadro abaixo).

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!



Ano	Receita das operadoras médico-hospitalares	Crescimento Anual (%)
2012	21.198.226.813	-
2011	82.394.345.945	12,90%
2010	72.978.896.332	13,20%
2009	64.467.357.176	8,30%
2008	59.506.626.909	16,40%
2007	51.121.037.497	22,60%
2006	41.713.758.347	14,20%
2005	36.522.370.360	14,00%
2004	32.025.713.892	13,40%
2003	28.242.646.837	9,90%
2002	25.691.143.356	16,60%
2001	22.036.349.139	-

Fonte: ANS. Em 2012, referência a março

Valores dos procedimentos e consultas pagas pelos planos de saúde

A receita das operadoras médico-hospitalares cresceu 192% entre 2003 e 2011. No mesmo período, o valor médio pago por uma consulta médica, segundo a ANS, cresceu 65%. Há planos que ainda pagam valores abaixo dessa média.

Ano	Valor médio pago por uma consulta médica (R\$)
2012	--
2011	46,12
2010	42,54
2009	40,26
2008	40,3
2007	36,91
2006	33,37
2005	31,38
2004	30
2003	28

Fonte: ANS

Mais informações:

Assessoria de Imprensa AMB
Acontece Comunicação e Notícias
Fones: (11) 3873-6083 / 3871-2331
acontece@acontecenoticias.com.br
www.amb.org.br

Assessoria de Imprensa do CFM
Fones: (61) 3445-5940 / 5998
imprensa@cfm.org.br
www.cfm.org.br

Assessoria de Imprensa da Fenam
Fones: (21) 2240-6739
(61) 3042-3706



PROT. N.º 3574

LISTA DOS MEMBROS DOS PLANOS DE SAÚDE

**Médicos exigem
assistência de qualidade
para os pacientes e
valorização da Medicina!**

imprensa@fenam.org.br

www.fenam.org.br



CFM



PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	7594/2013	27/06/2013 16:35
INTERESSADO		
AMIL		
ASSUNTO		
INFORMAÇÃO		



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 7594/2013-2

DATA: 27/06/2013

REQUERENTE: AMIL

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

NTD

Usuário: JACQUELINE SIMONE QUIMELLI DA SILVA
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALEP

Página: 1 de 1
Emissão: 27/06/2013 16:30:45

Curitiba, 26 de junho de 2013.



A

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ
COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUERITO – CPI DOS PLANOS DE SAÚDE
EXMO. DEPUTADO ADELINO RIBEIRO – DD. PRESIDENTE DA CPI.

REF.: Ofício 65/2013

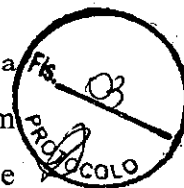
AMIL – ASSISTENCIA MEDICA INTENACIONAL S.A, pessoa jurídica de direito privado, com sede (filial PR), na Rua Alameda Carlos de Carvalho, n. 715, em Curitiba/PR., inscrita no CNPJ/MF sob n. 29.309.127/008668, por seu representante legal infra-assinado, em atendimento ao Ofício supra, de 17 de junho de 2013, vem prestar as seguintes informações:

Preliminarmente vem informar que houve um equívoco na resposta constante no ofício em anexo, referente a negativa da cobertura dos custos do procedimento realizado na segurada, Sra. Cleide Dias Pereira Marques, eis que a nossa operadora do tele atendimento ao acessar o sistema da Amil relativo as liberações, confundiu informação relativa a pedido inicial feito pelo prestador, cuja solicitação havia sido negada por preenchimento inadequado dos códigos de requisição, com outro pedido que ainda se encontrava sob análise, relativo ao uso de materiais que não haviam sido solicitados originariamente quando da realização do procedimento.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA PARANÁ
PROTOCOLO Nº 7594
EM 27/06/13
 FUNÇÃOÁRIO



Vem informar também que vê com surpresa a cobrança direta do prestador a segurada, pois além de referidos valores estarem sendo discutidos com o prestador, em processo regular de auditoria médica previsto e de conhecimento das partes, há de se ressaltar que todas as liberações solicitadas pelos prestadores (Hospital Policlínica e Digicor) foram atendidas e liberadas pela AMIL, cf. docs. em anexo.



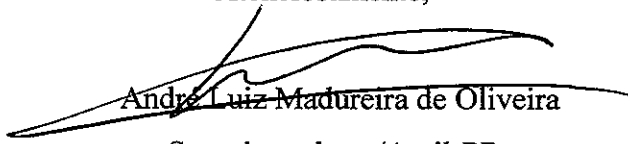
Em outras palavras, não houve nenhuma negativa da AMIL nas solicitações feitas pela segurada, nos vários internamentos e procedimentos realizados, inclusive, o que ocorreu em caráter de urgência realizado no Hospital São Lucas, pois estes sempre foram autorizados prontamente, não ensejando nenhum risco à saúde da segurada.

O que houve foi um atropelo do prestador, antes da análise conclusiva definitiva da AMIL, cobrando indevidamente o segurado, o que não é permitido, pois a relação de internação não ocorreu em caráter particular, mas sim como usuária do plano de saúde.

Por último, vem informar V. Exa. que a AMIL já está em processo de negociação com o prestador para pagamento dos procedimentos, exigindo deste que se abstenha de efetuar qualquer cobrança da segurada.

Protesta pela juntada dos docs. em anexo (cópia das liberações autorizadas pela AMIL), colocando-se à disposição dessa Colenda Comissão Parlamentar de Inquérito para apresentação de novos esclarecimentos e/ou documentos que se façam necessários.

Atenciosamente,



André Luiz Madureira de Oliveira

Superintendente/Amil-PR.

p.p.

1-Registro ANS 326305	3-Data da Autorização 18/03/2013	4-Senha 201300063876	5-Data Validade da 17/04/2013	6-Data de emissão da 27/06/2013
Dados do Beneficiário				
7-Número da carteira 058294147	8-Plano BLUE 300 NAC S/OBS QC PJCE			9-Validade da carteira
10-Nome CLEIDE DIAS PEREIRA MARQUES			11-Número do Cartão Nacional de	
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código 1044172-7	13-Nome do contratado HOSPITAL POLICLINICA CASCAVEL		14-Código CNES	
15-Nome do Profissional Solicitante RICARDO ADRIANO GOMES ARAUJO	16-Conselho Profissional CRM	17-Numero no Conselho 20092	18-UF PR	19-Código
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
20-Código na Operadora / 1044172-7	21-Nome do Prestador HOSPITAL POLICLINICA CASCAVEL			
22-Caráter da Internação U - E-Elétrica U-Urgência/Emergência		23-Tipo de Internação 1 - 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica		
24-Regime de Internação 1 - 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar			25-Qtde. Diárias Solicitadas 001	
26-Indicação Clínica TVP				
Hipóteses Diagnósticas				
27-Tipo Doença [] - A-Aguda C-Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo [] - [] - A- Anos M- Meses D- Dias		29-Indicação de Acidente [] 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros	
30-CID Principal I829	31-CID10(2)	32-CID10(3)	33-CID10(4)	
Procedimentos				
34-Tabela 6	35-Código Procedimento 10102019	36-Descrição Visita Hospitalar (Paciente Internado)	37-Qtde.Solic. 01	38-Qtde. Aut. 01
OPM Solicitados				
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante
Dados da Autorização				
45-Data Provável da Admissão Hospitalar []/[]/[]		46-Qtde. Diárias Autorizadas 001	47-Tipo da Acomodação Autorizada 01 - Enfermaria	
48-Código na Operadora / 1044172-7	49-Nome do Prestador HOSPITAL POLICLINICA CASCAVEL			50-Código CNES 2738899
64-Observação				
ESTA É UMA INTERNAÇÃO CLÍNICA, CASO O PACIENTE NECESSITE REALIZAR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DURANTE ESTA INTERNAÇÃO, SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PREVIAMENTE				
Número do Pedido : 11938615				
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante []/[]/[]		53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável []/[]/[]		54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização []/[]/[]

1-Registro ANS 326305	3-Nº Guia Própria (Paciente Internado)	4-Data da Autorização 10/05/2013	5-Senha EX2013001982037	6-Data Validade da 09/06/2013	7-Data de emissão da
Dados do Beneficiário		8-Número da carteira 058294147	9-Plano BLUE 300 NAC S/OBS QC PJCE	10-Validade da carteira	11-Nome CLEIDE DIAS PEREIRA MARQUES
Dados do Contratado Solicitante		13-Código operador/CNPJ/CPF 10441719		14-Nome do contratado HOSPITAL SÃO LUCAS FAG	
16-Nome do Profissional Solicitante JOAO LUIS CORSO BANDEIRA		17-Conselho Profissional CRM		18-Número no Conselho 14010	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21-Data/Hora da 10/05/2013 - 09:42		22-Caráter da Solicitação E - E-Elétrica U-Urgência/Emergência	
23-CID 10 H830		24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) AVCI FOSSA POSTERIOR		25-Tabela 26-Código do Procedimento 41101014	
27-Descrição Crânio (Encefalo)		28-Qt.Solic. 1		29-Qt.Autoriz. 1	
30-Código 10441719		31-Nome do contratado HOSPITAL SÃO LUCAS FAG		32-T. 33-34-35-Logradouro - Número - Complemento ENGENHEIRO REBOUCAS 2219	
36-Município CASCATEL		37-PR 4104808		38-CEP 85812131	
39-Cód. IBGE 4104808		40-Código 2738309		41-Nome do Profissional Executante/Complementar	
42-Conselho Profissional		43-Número no Conselho		44-UF PR	
45-Código CBO S		46-Gratu de Participação		47-Indicação de Acidente 48-Tipo de Saída 49-Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros 50-Tempo de Doença 51-Aguia C-Crônica 52-A-Anos M- Meses D- Dias	
53-Data		54-Hora Inicial		55-Hora Final	
56-Tabela		57-Código do Procedimento		58-Descrição	
59-Código do Procedimento		60-Descrição		61-Qtde.	
62-Via		63-Tec.		64-% Red. / Acresc.	
65-Valor Unitário - R\$		66-Valor Total - R\$		67-Valor Total - R\$	
68-Data e Assinatura de Procedimentos em		69-Data e Assinatura de Procedimentos em		70-Data e Assinatura de Procedimentos em	
71-Data e Assinatura de Procedimentos em		72-Data e Assinatura de Procedimentos em		73-Data e Assinatura de Procedimentos em	
74-Data e Assinatura de Procedimentos em		75-Data e Assinatura de Procedimentos em		76-Data e Assinatura de Procedimentos em	
77-Data e Assinatura de Procedimentos em		78-Data e Assinatura de Procedimentos em		79-Data e Assinatura de Procedimentos em	
80-Data e Assinatura de Procedimentos em		81-Data e Assinatura de Procedimentos em		82-Data e Assinatura de Procedimentos em	
83-Data e Assinatura de Procedimentos em		84-Data e Assinatura de Procedimentos em		85-Data e Assinatura de Procedimentos em	
86-Data e Assinatura de Procedimentos em		87-Data e Assinatura de Procedimentos em		88-Data e Assinatura de Procedimentos em	
89-Data e Assinatura de Procedimentos em		90-Data e Assinatura de Procedimentos em		91-Data e Assinatura de Procedimentos em	
92-Data e Assinatura de Procedimentos em		93-Data e Assinatura de Procedimentos em		94-Data e Assinatura de Procedimentos em	
95-Data e Assinatura de Procedimentos em		96-Data e Assinatura de Procedimentos em		97-Data e Assinatura de Procedimentos em	
98-Data e Assinatura de Procedimentos em		99-Data e Assinatura de Procedimentos em		100-Data e Assinatura de Procedimentos em	
101-Data e Assinatura de Procedimentos em		102-Data e Assinatura de Procedimentos em		103-Data e Assinatura de Procedimentos em	
104-Data e Assinatura de Procedimentos em		105-Data e Assinatura de Procedimentos em		106-Data e Assinatura de Procedimentos em	
107-Data e Assinatura de Procedimentos em		108-Data e Assinatura de Procedimentos em		109-Data e Assinatura de Procedimentos em	
110-Data e Assinatura de Procedimentos em		111-Data e Assinatura de Procedimentos em		112-Data e Assinatura de Procedimentos em	
113-Data e Assinatura de Procedimentos em		114-Data e Assinatura de Procedimentos em		115-Data e Assinatura de Procedimentos em	
116-Data e Assinatura de Procedimentos em		117-Data e Assinatura de Procedimentos em		118-Data e Assinatura de Procedimentos em	
119-Data e Assinatura de Procedimentos em		120-Data e Assinatura de Procedimentos em		121-Data e Assinatura de Procedimentos em	
122-Data e Assinatura de Procedimentos em		123-Data e Assinatura de Procedimentos em		124-Data e Assinatura de Procedimentos em	
125-Data e Assinatura de Procedimentos em		126-Data e Assinatura de Procedimentos em		127-Data e Assinatura de Procedimentos em	
128-Data e Assinatura de Procedimentos em		129-Data e Assinatura de Procedimentos em		130-Data e Assinatura de Procedimentos em	
131-Data e Assinatura de Procedimentos em		132-Data e Assinatura de Procedimentos em		133-Data e Assinatura de Procedimentos em	
134-Data e Assinatura de Procedimentos em		135-Data e Assinatura de Procedimentos em		136-Data e Assinatura de Procedimentos em	
137-Data e Assinatura de Procedimentos em		138-Data e Assinatura de Procedimentos em		139-Data e Assinatura de Procedimentos em	
140-Data e Assinatura de Procedimentos em		141-Data e Assinatura de Procedimentos em		142-Data e Assinatura de Procedimentos em	
143-Data e Assinatura de Procedimentos em		144-Data e Assinatura de Procedimentos em		145-Data e Assinatura de Procedimentos em	
146-Data e Assinatura de Procedimentos em		147-Data e Assinatura de Procedimentos em		148-Data e Assinatura de Procedimentos em	
149-Data e Assinatura de Procedimentos em		150-Data e Assinatura de Procedimentos em		151-Data e Assinatura de Procedimentos em	
152-Data e Assinatura de Procedimentos em		153-Data e Assinatura de Procedimentos em		154-Data e Assinatura de Procedimentos em	
155-Data e Assinatura de Procedimentos em		156-Data e Assinatura de Procedimentos em		157-Data e Assinatura de Procedimentos em	
158-Data e Assinatura de Procedimentos em		159-Data e Assinatura de Procedimentos em		160-Data e Assinatura de Procedimentos em	
161-Data e Assinatura de Procedimentos em		162-Data e Assinatura de Procedimentos em		163-Data e Assinatura de Procedimentos em	
164-Data e Assinatura de Procedimentos em		165-Data e Assinatura de Procedimentos em		166-Data e Assinatura de Procedimentos em	
167-Data e Assinatura de Procedimentos em		168-Data e Assinatura de Procedimentos em		169-Data e Assinatura de Procedimentos em	
170-Data e Assinatura de Procedimentos em		171-Data e Assinatura de Procedimentos em		172-Data e Assinatura de Procedimentos em	
173-Data e Assinatura de Procedimentos em		174-Data e Assinatura de Procedimentos em		175-Data e Assinatura de Procedimentos em	
176-Data e Assinatura de Procedimentos em		177-Data e Assinatura de Procedimentos em		178-Data e Assinatura de Procedimentos em	
179-Data e Assinatura de Procedimentos em		180-Data e Assinatura de Procedimentos em		181-Data e Assinatura de Procedimentos em	
182-Data e Assinatura de Procedimentos em		183-Data e Assinatura de Procedimentos em		184-Data e Assinatura de Procedimentos em	
185-Data e Assinatura de Procedimentos em		186-Data e Assinatura de Procedimentos em		187-Data e Assinatura de Procedimentos em	
188-Data e Assinatura de Procedimentos em		189-Data e Assinatura de Procedimentos em		190-Data e Assinatura de Procedimentos em	
191-Data e Assinatura de Procedimentos em		192-Data e Assinatura de Procedimentos em		193-Data e Assinatura de Procedimentos em	
194-Data e Assinatura de Procedimentos em		195-Data e Assinatura de Procedimentos em		196-Data e Assinatura de Procedimentos em	
197-Data e Assinatura de					

2-Nº EX2013000913519



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DIAGNÓSTICO E TERAPIA

2.º Nº EX2013000516753

1-Registro ANS 326305	3-º Guia Profissional (Paciente Internado)	4-Data de Autorização 01/03/2013	5-Serinha EX2013000516753	6-Data Validade da 31/03/2013	7-Data de emissão da 27/06/2013
8-Número do Beneficiário 058294147		9-Plano BLUE 300 NAC S/OBS OC P/JCE	10-Validade da carteira	11-Nome CLEIDE DIAS PEREIRA MARQUES	12-Número do Cartão Nacional de
Dados do Contratado Solicitante		13-Código operador/CNPJ/CPF 10469737		14-Nome do contratado HOSPITAL DE OLHOS CASCAVEL	
16-Nome do Profissional Solicitante SELMA MIYAZAKI		17-Conselho Profissional CRM		18-Número no Conselho 12511	15-Código CNES 2738090
21-Data/Hora da 01/03/2013 - 10:03		22-Local da Solicitação E - E-Elétrica U-Urgência/Emergência	23-CID 10 H522	24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) ASTIGMATISMO	
25-Tabela		26-Código do Procedimento	27-Descrição	28-Ql.Solic.	29-Ql.Autoriz.
1-6	41301323		Tonometria - Binocular	1	1
2-6	41301080		Ceratoscopia Computadorizada - Monocular	2	2
3-6					
4-6					
5-6					
Dados do Contratado Executante		31-Nome do contratado HOSPITAL DE OLHOS CASCAVEL	32-T.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento MINAS GERAIS, 1986	36-Município CASCAVEL
30-Código 10469737	40a-Código operador/CPF do exec. complementar	41-Nome do Profissional Executante/Complementar	42-Conselho Profissional	43-Número no Conselho	44-UF PR
Dados do Atendimento		45-Tipo Atendimento 05 - SADI Internado de Quimioterapia 06-Radioterapia 10-TTS-Terapia Renal	47-Indicação de Acidente	48-Tipo de Saída	
46-Tipo Atendimento 05 - SADI Internado de Quimioterapia 06-Radioterapia 10-TTS-Terapia Renal		49-Tipo de Doença	50-Tempo de Doença	51-Tipo de Saída	
52-Tipo de Doença		53-Tipo de Doença	54-Tipo de Doença	55-Tipo de Doença	
56-Tipo de Doença		57-Tipo de Doença	58-Tipo de Doença	59-Tipo de Doença	
60-Tipo de Doença		61-Tipo de Doença	62-Tipo de Doença	63-Tipo de Doença	
64-Tipo de Doença		65-Tipo de Doença	66-Tipo de Doença	67-Tipo de Doença	
68-Tipo de Doença		69-Tipo de Doença	70-Tipo de Doença	71-Tipo de Doença	
63-Data e Assinatura de Procedimentos em		3-6	4-6	5-6	6-6
64-Observação		3-6	4-6	5-6	6-6
Número do Pedido 11414314		65-Taxas e Aluguéis	66-Taxas e Aluguéis	67-Taxas e Aluguéis	68-Taxas e Aluguéis
65-Taxas e Aluguéis		66-Taxas e Aluguéis	67-Taxas e Aluguéis	68-Taxas e Aluguéis	69-Taxas e Aluguéis
66-Taxas e Aluguéis		67-Taxas e Aluguéis	68-Taxas e Aluguéis	69-Taxas e Aluguéis	70-Taxas e Aluguéis
67-Taxas e Aluguéis		68-Taxas e Aluguéis	69-Taxas e Aluguéis	70-Taxas e Aluguéis	71-Taxas e Aluguéis
68-Taxas e Aluguéis		69-Taxas e Aluguéis	70-Taxas e Aluguéis	71-Taxas e Aluguéis	72-Taxas e Aluguéis
69-Taxas e Aluguéis		70-Taxas e Aluguéis	71-Taxas e Aluguéis	72-Taxas e Aluguéis	73-Taxas e Aluguéis
70-Taxas e Aluguéis		71-Taxas e Aluguéis	72-Taxas e Aluguéis	73-Taxas e Aluguéis	74-Taxas e Aluguéis
71-Taxas e Aluguéis		72-Taxas e Aluguéis	73-Taxas e Aluguéis	74-Taxas e Aluguéis	75-Taxas e Aluguéis
72-Taxas e Aluguéis		73-Taxas e Aluguéis	74-Taxas e Aluguéis	75-Taxas e Aluguéis	76-Taxas e Aluguéis
73-Taxas e Aluguéis		74-Taxas e Aluguéis	75-Taxas e Aluguéis	76-Taxas e Aluguéis	77-Taxas e Aluguéis
74-Taxas e Aluguéis		75-Taxas e Aluguéis	76-Taxas e Aluguéis	77-Taxas e Aluguéis	78-Taxas e Aluguéis
75-Taxas e Aluguéis		76-Taxas e Aluguéis	77-Taxas e Aluguéis	78-Taxas e Aluguéis	79-Taxas e Aluguéis
76-Taxas e Aluguéis		77-Taxas e Aluguéis	78-Taxas e Aluguéis	79-Taxas e Aluguéis	80-Taxas e Aluguéis
77-Taxas e Aluguéis		78-Taxas e Aluguéis	79-Taxas e Aluguéis	80-Taxas e Aluguéis	81-Taxas e Aluguéis
78-Taxas e Aluguéis		79-Taxas e Aluguéis	80-Taxas e Aluguéis	81-Taxas e Aluguéis	82-Taxas e Aluguéis
79-Taxas e Aluguéis		80-Taxas e Aluguéis	81-Taxas e Aluguéis	82-Taxas e Aluguéis	83-Taxas e Aluguéis
80-Taxas e Aluguéis		81-Taxas e Aluguéis	82-Taxas e Aluguéis	83-Taxas e Aluguéis	84-Taxas e Aluguéis
81-Taxas e Aluguéis		82-Taxas e Aluguéis	83-Taxas e Aluguéis	84-Taxas e Aluguéis	85-Taxas e Aluguéis
82-Taxas e Aluguéis		83-Taxas e Aluguéis	84-Taxas e Aluguéis	85-Taxas e Aluguéis	86-Taxas e Aluguéis
83-Taxas e Aluguéis		84-Taxas e Aluguéis	85-Taxas e Aluguéis	86-Taxas e Aluguéis	87-Taxas e Aluguéis
84-Taxas e Aluguéis		85-Taxas e Aluguéis	86-Taxas e Aluguéis	87-Taxas e Aluguéis	88-Taxas e Aluguéis
85-Taxas e Aluguéis		86-Taxas e Aluguéis	87-Taxas e Aluguéis	88-Taxas e Aluguéis	89-Taxas e Aluguéis
86-Taxas e Aluguéis		87-Taxas e Aluguéis	88-Taxas e Aluguéis	89-Taxas e Aluguéis	90-Taxas e Aluguéis
87-Taxas e Aluguéis		88-Taxas e Aluguéis	89-Taxas e Aluguéis	90-Taxas e Aluguéis	91-Taxas e Aluguéis
88-Taxas e Aluguéis		89-Taxas e Aluguéis	90-Taxas e Aluguéis	91-Taxas e Aluguéis	92-Taxas e Aluguéis
89-Taxas e Aluguéis		90-Taxas e Aluguéis	91-Taxas e Aluguéis	92-Taxas e Aluguéis	93-Taxas e Aluguéis
90-Taxas e Aluguéis		91-Taxas e Aluguéis	92-Taxas e Aluguéis	93-Taxas e Aluguéis	94-Taxas e Aluguéis
91-Taxas e Aluguéis		92-Taxas e Aluguéis	93-Taxas e Aluguéis	94-Taxas e Aluguéis	95-Taxas e Aluguéis
92-Taxas e Aluguéis		93-Taxas e Aluguéis	94-Taxas e Aluguéis	95-Taxas e Aluguéis	96-Taxas e Aluguéis
93-Taxas e Aluguéis		94-Taxas e Aluguéis	95-Taxas e Aluguéis	96-Taxas e Aluguéis	97-Taxas e Aluguéis
94-Taxas e Aluguéis		95-Taxas e Aluguéis	96-Taxas e Aluguéis	97-Taxas e Aluguéis	98-Taxas e Aluguéis
95-Taxas e Aluguéis		96-Taxas e Aluguéis	97-Taxas e Aluguéis	98-Taxas e Aluguéis	99-Taxas e Aluguéis
96-Taxas e Aluguéis		97-Taxas e Aluguéis	98-Taxas e Aluguéis	99-Taxas e Aluguéis	100-Taxas e Aluguéis

1

[illegible]



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DIAGNÓSTICO E TERAPIA

2- Nº EX2013000945272

1-Registro ANS 326305	3- Nº Guia Profissional (paciente internado) 036294147	4-Data da Autorização 21/03/2013	5-Senha EX2013000945272	6-Data Validade da 20/04/2013	7-Data de emissão da 27/06/2013
8-Número da carteira 036294147		9-Plano BLUE 300 NAC S/OBS OC PJCE	10-Validade da carteira	11-Nome CLEIDE DIAS PEREIRA MARQUES	12-Número do Cartão Nacional de
13-Código operador/CNPJ/CPF		14-Nome do contratado RICARDO ADRIANO GOMES ARAUJO		15-Código CNES	
16-Nome do Profissional Solicitante					
17-Conselho Profissional CRM					
18-Número no Conselho 20092					
19-UF PR					
20-Código CBOS					
21-Data/Hora da 21/03/2013 - 19:13					
22-Caráter da Solicitação E - E-Elitiva U - Urgência/Emergência					
23-CID 10					
24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) EMORRAGIA INTRACRANIANA-EXAMES DE CRÂNIO					
25- Tabela					
26-Código do Procedimento 41001010					
27-Descrição Crânio Ou Sela Tursica Ou Orbitas					
28-Qt Solic.					
28-Qt Autoriz.					
29-Qt					
30-Qt					
31-Qt					
32-Qt					
33-Qt					
34-Qt					
35-Qt					
36-Qt					
37-Qt					
38-Qt					
39-Qt					
40-Qt					
41-Qt					
42-Qt					
43-Qt					
44-Qt					
45-Qt					
46-Qt					
47-Qt					
48-Qt					
49-Qt					
50-Qt					
51-Qt					
52-Qt					
53-Qt					
54-Qt					
55-Qt					
56-Qt					
57-Qt					
58-Qt					
59-Qt					
60-Qt					
61-Qt					
62-Qt					
63-Qt					
64-Qt					
65-Qt					
66-Qt					
67-Qt					
68-Qt					
69-Qt					
70-Qt					
71-Qt					
72-Qt					
73-Qt					
74-Qt					
75-Qt					
76-Qt					
77-Qt					
78-Qt					
79-Qt					
80-Qt					
81-Qt					
82-Qt					
83-Qt					
84-Qt					
85-Qt					
86-Qt					
87-Qt					
88-Qt					
89-Qt					
90-Qt					
91-Qt					
92-Qt					
93-Qt					
94-Qt					
95-Qt					
96-Qt					
97-Qt					
98-Qt					
99-Qt					
100-Qt					



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DIAGNÓSTICO E TERAPIA

2- Nº TR2013000211855

1-Registro ANS	3- Nº Guia Profissional (Paciente Internado)	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Data Validade da	7-Data de emissão da
326305		03/04/2013	TR2013000211855	03/05/2013	27/06/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da carteira	9-Plano	10-Validade da carteira	11-Nome	12-Número do Cartão Nacional de	
058294147	BLUE 300 NAC S/OBS OC P/CE		CLEIDE DIAS PEREIRA MARQUES		
Dados do Contratado Solicitante					
13-Código operador/CNPJ/CPF	14-Nome do contratado			15-Código CNES	
	Ricardo A. G. Araújo				
Dados do Profissional Solicitante					
16-Nome do Profissional Solicitante	17-Conselho Profissional			18-Número no Conselho	20-Código CBOS
				20092	PR
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21-Data/Hora da	22-Caráter da Solicitação	23-CID 10	24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)		
03/04/2013 - 14:17	E - E-Elitiva U-Urgência/Emergência				
25-Tabela					
1-6	26-Código do Procedimento	27-Descrição	28-Qt.Solic.		
	20103441	Paraparesia/Tetraparesia	10		
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
Dados do Contratado Executante					
30-Código	31-Nome do contratado	32-T.	33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	36-Município	37-PR
10290109	CLIN DE FIS E REABIL SAO CAMILO.		PRESIDENTE KENNEDY 349	CASCAREL	PR
40a-Código operadora/CPF do exec. complementar	41-Nome do Profissional Executante/Complementar	42-Conselho Profissional	43-Número no Conselho	44-UF	45-Código CBO S
Dados do Atendimento					
46-Tipo Atendimento	47-Indicação de Acidente			48-Tipo de Saída	
03 - SADI Internado 02-Pequena Cirurgia 03-Tensões 04-Consulta 05-Exame 06-Atendimento Domiciliar 07-Consultas Referência	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros			1-Retorno 2-Retorno SADI 3-Referência 4-Internação 5-Ata 6-Óbito	
Consulta Referência					
48-Tipo de Doença	50-Tempo de Doença				
- A-Aguda C-Crônica	- A-Anos M-Meses D-Dias				
Procedimentos e Exames realizados					
51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição
1-1/1/1/1/1/1			6	20103441	Paraparesia/Tetraparesia
2-1/1/1/1/1/1			6		
3-1/1/1/1/1/1			6		
4-1/1/1/1/1/1			6		
5-1/1/1/1/1/1			6		
63-Data e Assinatura de Procedimentos em					
1-1/1/1/1/1/1	3-1/1/1/1/1/1	5-1/1/1/1/1/1	7-1/1/1/1/1/1	9-1/1/1/1/1/1	
2-1/1/1/1/1/1	4-1/1/1/1/1/1	6-1/1/1/1/1/1	8-1/1/1/1/1/1	10-1/1/1/1/1/1	
64-Observação					
Número do Pedido : 12408582					
65-Total Procedimentos	66-Total Taxas e Aluguéis	67-Total Materiais R\$	68-Total Medicamentos R\$	69-Total Diárias R\$	70-Total Gases Medicinais
65-Data e Assinatura do Solicitante		67-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		69-Data e Assinatura do Prestador Executante	

1-Registro ANS 326305	3-Ata Médica (Paciente Internado)	4-Data da Autorização 03/04/2013	5-Sentença TR2013000211449	6-Data Validade da 03/05/2013	7-Data de emissão da 27/06/2013
Dados do Beneficiário		8-Plano BLUE 300 NAC S/OBS QC P/ICE		10-Validade da carteira	
8-Número da carteira 058294147		11-Nome CLEIDE DIAS PEREIRA MARQUES		12-Número do Cartão Nacional de	
Dados do Contratado Solicitante		13-Código operador/CNPJ/CPF		14-Nome do contratado Dr. Ricardo A. G. Araújo	
18-Nome do Profissional Solicitante		17-Conselho Profissional CRM		18-Número no Conselho 20092	
19-UF PR		20-Código CBOs		15-Código CNES	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21-Data/Hora da 03/04/2013 - 14:51		22-Caráter da Solicitação E - E-Elativa U-Urgência/Emergência		23-CID 10	
24-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)		25-Tabela 26-Código do Procedimento 00010251		27-Descrição Sessão De Fonoaudiologia	
28-Qt.Solic. 6		29-Qt.Autoriz. 6			
30-Qt.Solic. 6		31-Qt.Autoriz. 6			
32-Qt.Solic. 6		33-Qt.Autoriz. 6			
34-Qt.Solic. 6		35-Qt.Autoriz. 6			
36-Qt.Solic. 6		37-Qt.Autoriz. 6			
38-Qt.Solic. 6		39-Qt.Autoriz. 6			
40-Qt.Solic. 6		41-Qt.Autoriz. 6			
42-Qt.Solic. 6		43-Qt.Autoriz. 6			
44-Qt.Solic. 6		45-Qt.Autoriz. 6			
46-Qt.Solic. 6		47-Qt.Autoriz. 6			
48-Qt.Solic. 6		49-Qt.Autoriz. 6			
50-Qt.Solic. 6		51-Qt.Autoriz. 6			
52-Qt.Solic. 6		53-Qt.Autoriz. 6			
54-Qt.Solic. 6		55-Qt.Autoriz. 6			
56-Qt.Solic. 6		57-Qt.Autoriz. 6			
58-Qt.Solic. 6		59-Qt.Autoriz. 6			
60-Qt.Solic. 6		61-Qt.Autoriz. 6			
62-Qt.Solic. 6		63-Qt.Autoriz. 6			
64-Qt.Solic. 6		65-Qt.Autoriz. 6			
66-Qt.Solic. 6		67-Qt.Autoriz. 6			
68-Qt.Solic. 6		69-Qt.Autoriz. 6			
70-Qt.Solic. 6		71-Qt.Autoriz. 6			
72-Qt.Solic. 6		73-Qt.Autoriz. 6			
74-Qt.Solic. 6		75-Qt.Autoriz. 6			
76-Qt.Solic. 6		77-Qt.Autoriz. 6			
78-Qt.Solic. 6		79-Qt.Autoriz. 6			
80-Qt.Solic. 6		81-Qt.Autoriz. 6			
82-Qt.Solic. 6		83-Qt.Autoriz. 6			
84-Qt.Solic. 6		85-Qt.Autoriz. 6			
86-Qt.Solic. 6		87-Qt.Autoriz. 6			
88-Qt.Solic. 6		89-Qt.Autoriz. 6			
90-Qt.Solic. 6		91-Qt.Autoriz. 6			
92-Qt.Solic. 6		93-Qt.Autoriz. 6			
94-Qt.Solic. 6		95-Qt.Autoriz. 6			
96-Qt.Solic. 6		97-Qt.Autoriz. 6			
98-Qt.Solic. 6		99-Qt.Autoriz. 6			
100-Qt.Solic. 6		101-Qt.Autoriz. 6			
102-Qt.Solic. 6		103-Qt.Autoriz. 6			
104-Qt.Solic. 6		105-Qt.Autoriz. 6			
106-Qt.Solic. 6		107-Qt.Autoriz. 6			
108-Qt.Solic. 6		109-Qt.Autoriz. 6			
110-Qt.Solic. 6		111-Qt.Autoriz. 6			
112-Qt.Solic. 6		113-Qt.Autoriz. 6			
114-Qt.Solic. 6		115-Qt.Autoriz. 6			
116-Qt.Solic. 6		117-Qt.Autoriz. 6			
118-Qt.Solic. 6		119-Qt.Autoriz. 6			
120-Qt.Solic. 6		121-Qt.Autoriz. 6			
122-Qt.Solic. 6		123-Qt.Autoriz. 6			
124-Qt.Solic. 6		125-Qt.Autoriz. 6			
126-Qt.Solic. 6		127-Qt.Autoriz. 6			
128-Qt.Solic. 6		129-Qt.Autoriz. 6			
130-Qt.Solic. 6		131-Qt.Autoriz. 6			
132-Qt.Solic. 6		133-Qt.Autoriz. 6			
134-Qt.Solic. 6		135-Qt.Autoriz. 6			
136-Qt.Solic. 6		137-Qt.Autoriz. 6			
138-Qt.Solic. 6		139-Qt.Autoriz. 6			
140-Qt.Solic. 6		141-Qt.Autoriz. 6			
142-Qt.Solic. 6		143-Qt.Autoriz. 6			
144-Qt.Solic. 6		145-Qt.Autoriz. 6			
146-Qt.Solic. 6		147-Qt.Autoriz. 6			
148-Qt.Solic. 6		149-Qt.Autoriz. 6			
150-Qt.Solic. 6		151-Qt.Autoriz. 6			
152-Qt.Solic. 6		153-Qt.Autoriz. 6			
154-Qt.Solic. 6		155-Qt.Autoriz. 6			
156-Qt.Solic. 6		157-Qt.Autoriz. 6			
158-Qt.Solic. 6		159-Qt.Autoriz. 6			
160-Qt.Solic. 6		161-Qt.Autoriz. 6			
162-Qt.Solic. 6		163-Qt.Autoriz. 6			
164-Qt.Solic. 6		165-Qt.Autoriz. 6			
166-Qt.Solic. 6		167-Qt.Autoriz. 6			
168-Qt.Solic. 6		169-Qt.Autoriz. 6			
170-Qt.Solic. 6		171-Qt.Autoriz. 6			
172-Qt.Solic. 6		173-Qt.Autoriz. 6			
174-Qt.Solic. 6		175-Qt.Autoriz. 6			
176-					

Cascavel, 26 de Junho de 2013

À

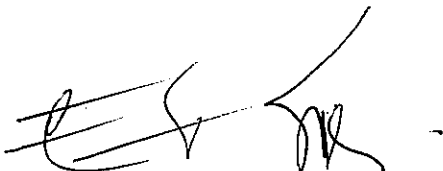
Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI dos Planos de Saúde
Deputado Estadual Adelino Ribeiro

Em resposta ao ofício nº 67/2013, vimos esclarecer que os pacientes internados no Hospital Policlínica Cascavel que necessitam de procedimentos que envolvam hemodinâmica, a exemplo do caso da Sra. Cleide Dias Pereira Marques, que necessitou se submeter a uma cirurgia com o uso de cateter, são encaminhados para a Clínica Digicor e após o procedimento retornam aos cuidados do Hospital Policlínica.

A Sra. Cleide Dias Pereira Marques deu entrada no Hospital Policlínica Cascavel em 17/03/2013 (domingo) com diagnóstico de trombose. O médico Dr. Ricardo Adriano Gomes de Araujo seguiu o protocolo para este tipo de tratamento. Na segunda-feira, dia 18/03/2013, a Digicor solicitou liberação de materiais para procedimento de Trombolise de Oclusão Venosa solicitando o tratamento em 3 etapas, justificado pelo médico conforme solicitação do Convênio (em anexo). Na terça-feira, dia 19/03/2013, foi realizado o primeiro procedimento. No dia 20 de março realizou Angioplastia com colocação de Stent, e Implante do filtro de veia Cava.

A Digicor é prestadora de Serviços e atende ao Convênio Amil com o código de prestador Amil 10325646. O convênio Amil havia autorizado apenas o procedimento de Implante de Filtro de Veia Cava. A Digicor continuou tentando a liberação dos demais procedimentos, e recebeu a negativa com a seguinte descrição: *"os laudos e descrições encaminhadas para reanálise foram avaliadas pela auditoria e pelo consultor, ambos não viram a necessidade de liberação dos demais códigos a mais do que foi liberado, neste caso permaneceu o que já tínhamos dado como ok, assim como materiais utilizados, a cobrança para o paciente não está autorizada uma vez que os procedimentos negados não foram autorizados previamente pelos auditores"*.

Na sequência, foi feito contato com o esposo da Paciente, Sr. Jair, ao qual foi entregue uma cópia do prontuário com as negativas para que ele pudesse entrar em contato com o Convênio. Porém, para o Sr. Jair a justificativa do convênio para a negativa foi de que a Digicor não tinha credenciamento para a realização do procedimento, o que não é verdade.

☐ **Dr. Antônio S. Trigo Rocha**
Cirurgião Vascular
CRM 11753☐ **Dr. Pedro Paulo de O. Meneses**
Cardiologista e Hemodinamista
CRM 17432☐ **Dr. José Fernando C. Martins**
Cardiologista
CRM 4364☐ **Dr. Eduardo Bortolotto De David**
Cirurgião Vascular
CRM 20144☐ **Dr. Luiz de Castro Bastos**
Cardiologista e Hemodinamista
CRM 12601☐ **Dr. Giuliano Giova Volpiani**
Cirurgião Vascular
CRM 22105☐ **Dr. Evandro L. Q. Flores**
Cardiologista e Hemodinamista
CRM 15964☐ **Dr. Rui Manuel S. S. Antunes de Almeida**
Cirurgião Cardiovascular
CRM 7197

No momento da realização do procedimento foi solicitada a presença do Sr. Jair Donisete Marques, marido da paciente, para autorizar o procedimento na Digicor (autorização anexa).

No 1º dia útil após o internamento, em atenção ao protocolo dos Convênios, e sendo prestadora de procedimentos em caráter de emergência, a Digicor entrou em contato com o convênio da paciente para informar a emergência e solicitar a liberação, a qual não ocorre no momento por tratar-se de procedimentos de alto custo. Foram seguidas as orientações do convênio para prestar o atendimento levando em consideração eventuais negativas, sempre solicitando por e-mail, fax ou como foram orientados.

Dias depois do contato feito com o Sr. Jair, o convênio enviou liberação de parte dos procedimentos e materiais, sendo que esta liberação está em nome da Digicor. Não foram liberados todos os códigos dos honorários médicos.

Esclareça-se que a Clínica Digicor conta com equipamentos modernos de hemodinâmica e está instalada em área específica locada pela clínica, no interior do mesmo prédio do Hospital Policlínica, de modo a facilitar o acesso e agilizar o atendimento.

A Clínica Digicor, por ser credenciada pela maioria dos convênios, inclusive pela AMIL, procede à cobrança diretamente a cada operadora de saúde.

Todos os procedimentos realizados na Sra. Cleide Dias Pereira Marques foram feitos com o consentimento da paciente e do seu marido.

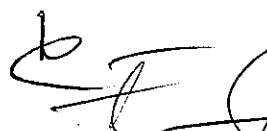
Esperamos ter prestado todas as informações solicitadas e nos colocamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.



Dr. Evandro Luis Queiroz Flores
Diretor Administrativo



Dr. Stenio Henrique de Souza
Diretor Adm Hospital Policlínica



Deputado Estadual Adelino Ribeiro
Centro Legislativo Presidente Aníbal Khury

☐ **Dr. Antônio S. Trigo Rocha**
Cirurgião Vascular
CRM 11753☐ **Dr. Pedro Paulo de O. Meneses**
Cardiologista e Hemodinamista
CRM 17432☐ **Dr. José Fernando C. Martins**
Cardiologista
CRM 4364☐ **Dr. Eduardo Bortolotto De David**
Cirurgião Vascular
CRM 20144☐ **Dr. Luiz de Castro Bastos**
Cardiologista e Hemodinamista
CRM 12601☐ **Dr. Giuliano Giova Volpiani**
Cirurgião Vascular
CRM 22105☐ **Dr. Evandro L. Q. Flores**
Cardiologista e Hemodinamista
CRM 15964☐ **Dr. Rui Manuel S. S. Antunes de Almeida**
Cirurgião Cardiovascular
CRM 7197



PODER LEGISLATIVO



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

PROTOCOLO Nº	8717/2013	22/07/2013 17:02
INTERESSADO		
AMIL		
ASSUNTO		
INFORMAÇÃO		

COORDENADORIA DE PROTOCOLO GERAL



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

RECIBO DE REQUERIMENTO

PROCESSO: 8717/2013-2

DATA: 22/07/2013

REQUERENTE: AMIL

ASSUNTO: INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES:

Usuário: SIMONE SALLES BELINATI
PROT_RECIBO_REQUERIMENTO_ALEP

Curitiba, 19 de julho de 2013.



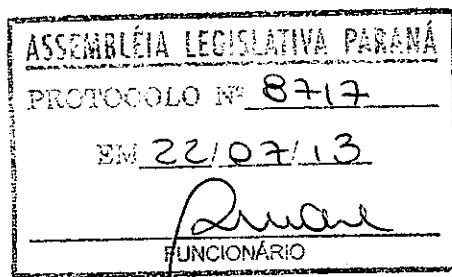
A

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANA
COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUERITO – CPI DOS PLANOS DE SAÚDE
EXMO. DEPUTADO ADELINO RIBEIRO – DD. PRESIDENTE DA CPI.

REF.: Ofício 70/2013

AMIL – ASSISTENCIA MEDICA INTENACIONAL S.A, pessoa jurídica de direito privado, com sede (filial PR), na Rua Alameda Carlos de Carvalho, n. 715, em Curitiba/PR., inscrita no CNPJ/MF sob n. 29.309.127/008668, por seu representante legal infra-assinado, em atendimento ao Ofício supra, vem prestar as seguintes informações:

Preliminarmente vem informar que houve um equívoco na resposta encaminhada ao PROCON, em 19/06/2013, referente a negativa da cobertura dos custos do procedimento solicitado pela Sra. Lucilia de Oliveira, eis que a segurada possui um aditivo contratual que lhe dá direito a realizar o exame solicitado, fato este que não foi percebido pela área de liberação de procedimentos quando da solicitação.



Vem informar também que após a empresa ter constatado o erro entrou em contato com a segurada informando-a do equívoco, bem como que estava autorizado a realização do exame de ressonância magnética em prestador credenciado.

Assim, em 18 do corrente mês, a segurada realizou no CETAC, em Curitiba, o procedimento requerido, tendo a AMIL coberto todos os custos.

Há de se ressaltar que a AMIL tem um número imenso de solicitações de exames e procedimentos diários, motivo pelo qual possui vários canais de atendimento ao cliente, inclusive uma Ouvidoria Nacional que pode ser acionada em casos de reclamações dos segurados que não tiveram êxito nos canais convencionais.

Protesta pela juntada de eventuais documentos que se façam necessários, colocando-se à disposição dessa Colenda Comissão Parlamentar de Inquérito para novos esclarecimento se assim desejar.

Atenciosamente,

André Luiz Madureira de Oliveira
Superintendente/Amil-PR.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO PARANÁ

GUIA DE REMESSA DE PROCESSOS

NÚMERO: 20160/2013
LOCAL DE ORIGEM: PROTOCOLO GERAL - C.L.54
LOCAL DE DESTINO: GABINETE - DEPUTADO ADELINO RIBEIRO - C.L.504

Nº PROCESSO	DATA	REQUERENTE	ASSUNTO
8717/2013-2	22/07/2013	AMIL	INFORMAÇÃO

1 Processo(s) enviado(s)

OBSERVAÇÕES:

ENCAMINHAMENTO GERADO NA INCLUSÃO DO PROCESSO

Enviado por:

Simone Salles Belinati

Em 22/7/13

Recebido por:

Mário Cruz

Em 22/7/13



O Coração Clínica

Dr. Thomas Kahrbek
Cardiologia CRM 13757

Cascavel, 24 de abril de 2012.

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que atendo menor Rafaela Camila Martins Klein, de 13 anos de idade, portadora de taquicardia atrial incessante.

A monitorização eletrocardiográfica de 24 horas mostra episódios frequentes de taquicardia atrial durante toda a vigília, com frequências cardíacas de até de 170 batimentos por minuto, sendo a sua média, nas 24 horas, de 114 bpm.

A Rafaela vem apresentando sintomas de palpitações e cansaço aos esforços.

Por se tratar de uma doença arritmica com potencial de evoluir com danos futuros ao ventrículo esquerdo (taquicardiomiopatia), e por ser sintomática, indicamos tratamento por técnica de ablação do foco ectópico (foco arritmogênico).

Devido à complexidade do procedimento, encaminhamos ao Dr. Mauricio Scanavacca, em São Paulo, médico com reconhecida experiência e bons resultados no tratamento destes pacientes, principalmente considerando-se a faixa etária da paciente.

Sendo o que tinha a declarar, subscrevo-me.
Atenciosamente.

Thomas Kahrbek

Dr. Thomas Kahrbek
Cardiologia
CRM-PR 13.757

Rua Maranhão 790 - Edifício Green - Andar Térreo
Cascavel - PR TEL: 3223-9034



O Coração Clínica

Dr. Thomas Kahrbek
Cardiologia CRM 13757

Cascavel, 21 de novembro de 2012.

Prezado
Dr. Mauricio Scanavaca

Estou encaminhando a menor Rafaela Camila Klein, de 12 anos de idade, com diagnóstico de taquicardia atrial incessante.

A menor Camila vem apresentando quadro de cansaço aos esforços habituais e alguns episódios de palpitações.

Ao exame físico, notam-se Bulhas arritmicas, taquicárdicas.

Ao ECG, nota-se taquicardia atrial intermitente.

O Ecocardiograma mostra diâmetros cavitários normais e fração de ejeção do VE normal.

O Holter ECG mostra episódios freqüentes de taquicardia atrial durante toda a vigília, com fc até de 170 bpm, durante a arritmia. Após iniciar seu sono, não houveram mais episódios de taquicardia atrial.

Optamos em não medicar com beta-bloqueador devido a histórico de asma, inclusive com episódio recente de bronco-espasmo.

Encaminho para sua avaliação com vistas a tratamento ablativo da taquiarritmia.

Agradeço a vossa atenção e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Dr. Thomas Kahrbek
Cardiologia
CRM-PR 13.757


Thomas Kahrbek

Rua Maranhão 790 - Edifício Green - Andar Térreo
Cascavel - PR TEL: 3223-9034

Gilceo Jair Klein

De: CVEL-ATEND-Karin Larissa Alves [karin@unimedcascavel.com.br]
Enviado em: segunda-feira, 8 de abril de 2013 17:09
Para: Gilceo Jair Klein
Assunto: Hospitais credenciados.

Boa tarde,

A Unimed Federação entrou em contato informando que é necessário que seja formalizado a solicitação da negativa, e enviado para o e-mail smoretti@unimedpr.com.br.

Atenciosamente,

Karin Larissa Alves

Relacionamento com o Cliente

karin@unimedcascavel.com.br

Unimed de Cascavel

(45) 3220.7008

www.unimedcascavel.com.br

"SUSTENTABILIDADE - NÓS TEMOS ESTE COMPROMISSO"

De: Gilceo Jair Klein [mailto:juridico@certto.com.br]
Enviada em: segunda-feira, 8 de abril de 2013 16:37
Para: CVEL-ATEND-Karin Larissa Alves
Assunto: RES: Hospitais credenciados.

Quero um documento oficial com a resposta da UNIMED.

Att.

Gilceo

De: CVEL-ATEND-Karin Larissa Alves [mailto:karin@unimedcascavel.com.br]
Enviada em: segunda-feira, 8 de abril de 2013 16:30
Para: Gilceo Jair Klein
Assunto: Hospitais credenciados.

Boa tarde,

Segue abaixo:

Karin,

Conforme determinação do PAC, beneficiário devesse realizar na rede referencial.

No caso de Hospital de Alto Custo, deverá pagar e solicitar o reembolso o qual será feito pelos valores da tabela Unimed.

Karin Larissa Alves

Relacionamento com o Cliente

karin@unimedcascavel.com.br

Unimed de Cascavel

(45) 3220.7008

De: Gilceo Jair Klein [<mailto:juridico@certto.com.br>]

Enviada em: segunda-feira, 8 de abril de 2013 16:07

Para: CVEL-ATEND-Karin Larissa Alves

Assunto: ENC: Hospitais credenciados.

Karin, segue a resposta da assessora do Dr. Maurício. Que eu saiba no plano que eu tenho não há qualquer restrição as hospitais de alta complexidade, por isso aguardo a resposta da UNIMED..

Att.

Gilceo

De: Zuleika Guanaes [<mailto:sm.eletrofisiol@gmail.com>]

Enviada em: segunda-feira, 8 de abril de 2013 15:53

Para: Gilceo Jair Klein; Mauricio Scanavacca

Assunto: Re: Hospitais credenciados.

Sr. Gilceo,

Na lista dos hospitais em que o Dr. Mauricio está credenciado para fazer ablação, no último ano, só o HCOR está atendendo as UNIMEDs.

O plano do paciente tem que dar direito a Hospitais de alta complexidade, ou seja, alto custo. A maioria dos planos da UNIMED não cobre esses hospitais.

Na lista de hospitais que o sr. encaminhou, infelizmente, o Dr. Mauricio não tem nenhum tipo de vínculo para que possa agendarmos os procedimentos.

O sr. deve insistir para que seja liberado o HCOR.

Qualquer duvida estou à disposição.

Tks

Em 2 de abril de 2013 15:53, Gilceo Jair Klein <juridico@certto.com.br> escreveu:

De: Gilceo Jair Klein [<mailto:juridico@certto.com.br>]

Enviada em: terça-feira, 2 de abril de 2013 15:36

Para: 'mauricioscanavacca@gmail.com'

Assunto: ENC: Hospitais credenciados.

Prioridade: Alta

De: Gilceo Jair Klein [<mailto:juridico@certto.com.br>]
Enviada em: terça-feira, 2 de abril de 2013 15:06
Para: 'mauricio.scanavacca@gmail.com'
Cc: 'sn.eletrofisiol@gmail.com'
Assunto: ENC: Hospitais credenciados.
Prioridade: Alta

Dr. Maurício, meu nome é Gilceo Klein, pai da sua paciente Rafaela Camila Martins Klein, que consultou com o doutor em 20.08.2012, que necessita de um estudo eletrofisiológico e ablação de taquicardia atrial incessante. Como a Rafaela tem plano de saúde da Unimed, estamos encontrando algumas dificuldades com a Unimed Paulistana, por isso, antes de buscar judicialmente o pagamento do procedimento estou buscando administrativamente. Conforme informada pela sua assessora Roberta, o procedimento poderia ser feito no HCOR ou no Hospital Santa Catarina, o que foi repassado a Unimed, no entanto, a Unimed Paulistana não tem convênio com esses hospitais, indicando os abaixo para realizar o procedimento. Desta forma indago ao senhor se seria possível realizar em algum destes e em caso negativo, indicar a razão tecnicamente para poder argumentar junto a Unimed, pois alegam no pedido feito, não há indicação da complexidade do procedimento.

Att.

Gilceo Jair Klein

De: CVEL-ATEND-Karin Larissa Alves [<mailto:karin@unimedcascavel.com.br>]
Enviada em: terça-feira, 2 de abril de 2013 14:48
Para: marciamk@certto.com.br; juridico@certto.com.br
Assunto: Hospitais credenciados.

Karin Larissa Alves
Relacionamento com o Cliente
karin@unimedcascavel.com.br
Unimed de Cascavel
(45) 3220.7008
www.unimedcascavel.com.br
"SUSTENTABILIDADE - NÓS TEMOS ESTE COMPROMISSO"

De: CVEL-ATEND-Karin Larissa Alves
Enviada em: segunda-feira, 1 de abril de 2013 12:00

Para: 'juridico@certto.com.br'
Assunto: Hospitais credenciados.

Bom dia,

Conforme contato segue anexo relação de hospitais credenciados para rede básica.

• Amico Saúde Ltda - Hospital Metropolitano
Rua Marcelina, 441, V. Romana, São Paulo
CEP: 05044-010
Telefones: 11 3677-2000, 3673-4433

• Casa de Saúde Santa Rita
Rua Cubatão, 1190, Vl. Mariana, São Paulo
CEP: 04013-004
Telefones: 11 5908-6000, 5908-6200

• Hospital Avicenna
Rua Pe. Adelino, 901, Belfm, São Paulo
CEP: 03303-000
Telefones: 11 2602-0000

• Hospital Bandeirantes
Rua Galvão Bueno, 257, Liberdade, São Paulo
CEP: 01506-000
Telefones: 11 3345-2000

• Hospital Dante Pazzanese
Av. Dr. Dante Pazzanese, 500, Ibirapuera, São Paulo
CEP: 04012-180
Telefones: 11 5085-6000

• Hospital do Rim e Hipertensão
Rua Borges Lagoa, 960, Vila Clementino, São Paulo
CEP: 04038-002
Telefones: 11 5087-3000

• Hospital Santa Paula
Av. Santo Amaro, 2468, Vl. Olimpia, São Paulo
CEP: 04556-100
Telefones: 11 3040-6000

• Hospital Serrano
Rua Vergueiro, 4210, Vl. Mariana, São Paulo
CEP: 04102-002
Telefones: 11 2182-4444

• Sociedade Assistencial Bandeirantes
Rua dos Irmãos, 121, Morumbi, São Paulo, SP
CEP: 05615-190
Telefones: 11 3723-4700

Atenciosamente,

Karin Larissa Alves

Relacionamento com o Cliente

karin@unimedcascavel.com.br

Unimed de Cascavel

(45) 3220.7008

www.unimedcascavel.com.br

"SUSTENTABILIDADE - NÓS TEMOS ESTE COMPROMISSO"

--
Zuleika Guanaes
SM Eletrofisiologia
Fone: 3151-5889 Fax: 11-3219-1022

RECEITUÁRIO - FUNDAÇÃO ZERBINI

Rafaela Carrara Montini Klein

Favor agendar:

Exame eletrofisiológico e
atuação de taquicardia
abrial incessante.

8/20.8.12.

Data

Prof. Dr. Mauricio Scanavacca
Cardiologia e Eletrofisiologia
CPF: 727.413.098-68
CRM: 39.597

Médico

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 - 1º Andar Bloco II - CEP 05403-900 - São Paulo - SP
PABX: 11 2661-5000

Layout Gráfica - 11 4655-2223

CO-182

3226-5500

Irani

Unimed.



O Coração Clínica

Dr. Thomas Kahrbek
Cardiologia CRM 13757

Cascavel, 24 de abril de 2012.

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que atendo menor Rafaela Camila Martins Klein, de 13 anos de idade, portadora de taquicardia atrial incessante.

A monitorização eletrocardiográfica de 24 horas mostra episódios frequentes de taquicardia atrial durante toda a vigília, com frequências cardíacas de até de 170 batimentos por minuto, sendo a sua média, nas 24 horas, de 114 bpm.

A Rafaela vem apresentando sintomas de palpitações e cansaço aos esforços.

Por se tratar de uma doença arritmica com potencial de evoluir com danos futuros ao ventrículo esquerdo (taquicardiomiopatia), e por ser sintomática, indicamos tratamento por técnica de ablação do foco ectópico (foco arritmogênico).

Devido à complexidade do procedimento, encaminhamos ao Dr. Mauricio Scanavacca, em São Paulo, médico com reconhecida experiência e bons resultados no tratamento destes pacientes, principalmente considerando-se a faixa etária da paciente.

Sendo o que tinha a declarar, subscrevo-me.

Atenciosamente.

Thomas Kahrbek

Dr. Thomas Kahrbek
Cardiologia
CRM-PR 13.757

Registro ANS: 312720 **C.N.P.J:** 78.339.439/0001-30

Razão Social: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERACAO EST. DAS COOP. MÉDICAS.

Plano: COLETIVO POR ADESÃO PARTICIPATIVO SEM PATROCINADOR NACIONAL APARTAMENTO

Registro ANS: 458.239/08-0

Contratação: Coletivo Por Adesão

Segmentação: AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRICIA

Instrumento Jurídico

Cláusula: I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, Cooperativa de 2º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 200/79, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 312720, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000023 -1, I.E. - ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78339439/0001-30, com sede na Rua Antonio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba/PR, CEP-82.530-450, tel.: (41) 3219-1500, endereço eletrônico: paraná@unimedpr.com.br; neste ato representada pelo Diretor Presidente e Diretor Superintendente, a seguir chamada CONTRATADA.

Cláusula: II – QUALIFICAÇÃO DAS CONTRATANTES

2.1. ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO DO PARANÁ, com sede em Curitiba, Estado do Paraná, na Rua Brasilino Moura, 253, inscrita no CNPJ/MF sob nº 77.538.510/0001-41, neste ato representada por seu Presidente Alberto de Paula Machado, doravante denominada simplesmente OAB Paraná; e

2.2 CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ, com sede em Curitiba, Estado do Paraná, Rua Brasilino Moura, 253, inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.6886936/0001-19, neste ato representada por seu Presidente Manoel Cachenski Daher, doravante denominada simplesmente CAA/PR

Cláusula: III - OBJETO DO CONTRATO

3.1. Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas



SAC 0800 41 4554

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba - Paraná
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468
www.unimed.com.br | e-mail: paraná@unimedpr.com.br

Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº- 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Cláusula: IV - NATUREZA DO CONTRATO

4.1. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula: V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1. NOME COMERCIAL: Unimed Flexível Participativo - Obstetrícia Apartamento

5.2. Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 458.239/08-0

Cláusula: VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1. O tipo de contratação deste produto é COLETIVO POR ADESÃO.

Cláusula: VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

7.1. O presente produto possui segmentação assistencial definida como AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

Cláusula: VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

8.1. A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

Cláusula: IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

9.1. A internação se dará em quarto PRIVATIVO (apartamento).

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Cláusula: X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1 - Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE



SAC 0800 41 4554

deverá atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- a) não estar inclusa no cadastro restritivo de crédito;
- b) apresentar à CONTRATADA, o contrato social com a última alteração e o cartão do CNPJ;
- c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 300 (trezentos) beneficiários;
- d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

- Contrato e Proposta de Contratação;

- Termo de Adesão com as informações cadastrais, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE, o qual passa a fazer parte deste contrato;

- Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);

- Declaração de opção de CPT (quando for o caso).

Parágrafo Único. A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA o Termo de Adesão dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral da CONTRATADA, podendo incluir ou excluir novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

10.2 - Condições de Admissão dos beneficiários:

10.2.1. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde as pessoas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, sindicalizadas, segundo opções preenchidas pelos interessados nos formulários cadastrais.

Parágrafo Único. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo do titular com a CONTRATANTE.

São considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 34 anos, 11 meses e 29 dias;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial, solteiro até 34 anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual



SAC 0800 41 4554

concorrência com o cônjuge;

e) os filhos incapazes.

Parágrafo Primeiro. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção e apresentado o respectivo termo judicial.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar a condição de dependência.

Parágrafo Terceiro. É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros.

Parágrafo Quarto. Os Termos de Adesão ao presente contrato serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

Cláusula: XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos no presente plano, a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, **definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados, profissionais e estabelecimentos credenciados, observando-se sempre, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação ora contratada, conforme especificado abaixo:**

11.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

11.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente



SAC 0800 41 4554

devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **previstos no ROL Médico da RN 167/2008 da ANS;**

11.1.3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, **limitadas a 6 (seis) consultas ou sessões por ano contratual**, conforme indicação do médico assistente;

11.1.4. Cobertura de psicoterapia, **limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual**, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

11.1.5. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia **listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08**, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

11.1.6. Cobertura de tratamento para obesidade mórbida, realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial; excepcionalmente, em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, **desde que credenciados pela CONTRATADA**;

11.1.7. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08**:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência**;

c) radioterapia ambulatorial: todos os **procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08**, para o segmento ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, que estejam **descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08**;



SAC 0800 41 4554

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

11.1.8 Cobertura de cirurgia refrativa – PRK ou Lasik para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

a) Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou

b) Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

11.1.9. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

11.1.10. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

11.1.11. Cobertura de alimentação para um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos, conforme dieta geral do hospital;

11.1.12. Cobertura de alimentação para um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, mediante indicação do médico assistente, conforme dieta geral do hospital;

11.1.13. Cobertura de profissional médico anestesiológico nos **procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, caso haja indicação clínica;**

11.1.14. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação quando em atendimento coberto;

11.1.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados quando em atendimento coberto;

11.1.16. Cobertura de exames complementares, **previstos no ROL da ANS**, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, **realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar coberta por este contrato;**



SAC 0800 41 4554

11.1.17. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08:**

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD ambulatorial ou hospitalar;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial ou hospitalar: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;**
- c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os **procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08,** para os segmentos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;
- e) nutrição parenteral ou enteral, **quando em internamento hospitalar coberto;**
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica **descritos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;
- h) radiologia intervencionista **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, **exceto fornecimento de medicação de manutenção;**

11.1.18. Cobertura de cirurgia plástica **reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;**



SAC 0800 41 4554

11.1.19. Cobertura de cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, as quais **somente terão cobertura se preenchidas todas as condições e exigências estabelecidas na legislação vigente que regulamentam esta matéria;**

11.1.20. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais, **previstas no ROL de Procedimentos médicos da RN 167/2008**, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

11.1.21. Cobertura, **em prestador credenciado, da estrutura hospitalar** necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

11.1.22. Cobertura de transplante de medula autólogo;

11.1.23. Cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, bem como as despesas com os procedimentos vinculados (aqueles necessários à realização do transplante), incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos,

b) medicamentos utilizados durante a internação,

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo excluídos da cobertura os medicamentos de manutenção,

d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e **sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.**

11.1.24. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

11.1.25. cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

11.1.26. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo. Ultrapassado o prazo estabelecido, caso o recém nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto na cláusula Condições de Admissão,

certificada

08

RESPONSABILIDADE SOCIAL

Unimed



SAC 0800 41 4554

cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento.

11.1.27. Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

11.1.27.1. Nível Ambulatorial:

a - o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b - a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência **sendo limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas**;

c - tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, solicitados pelo médico assistente;

11.1.27.2. Nível Hospitalar, fica garantido o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais credenciados, conforme condições abaixo.

Parágrafo único - As internações de usuários portadores de transtornos mentais, estão sujeitas à CO-PARTICIPAÇÃO PECUNIÁRIA NO TOTAL DAS DESPESAS, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) de um a trinta dias, não há co-participação;
- b) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); e
- c) acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

11.1.26. Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização, **ESTÃO SUJEITAS À CO-PARTICIPAÇÃO PECUNIÁRIA NO TOTAL DAS**



SAC 0800 41 4554

DESPESAS, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) de um a quinze dias, não há co-participação;
- b) **de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento);**
- c) **de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e**
- d) **acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento);**

Parágrafo único - medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão co-participação.

11.1.27. Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a critério do médico assistente;

11.1.28. Para os diagnósticos F00 a F09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), F70 a F79 (Retardo mental) e F90 a F98 (Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência), relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano, a critério do médico assistente.

Cláusula: XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

- a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental:** é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária



SAC 0800 41 4554

- ANVISA;

- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado).
- f) tratamentos clínicos de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- g) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC 0800 41 4554

11

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba - Paraná
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468
www.unimed.com.br | e-mail: parana@unimedpr.com.br

ANS - n.º 312720

- k) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e autólogos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;
- m) consultas e demais atendimentos domiciliares;
- n) quaisquer tratamentos odontológicos que necessitem de ambiente hospitalar, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08 e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- o) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- p) todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 167/08;
- q) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA;
- r) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- s) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.
- t) Os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e saúde ocupacional.

Cláusula: XIII - VIGÊNCIA

13.1. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência, iniciando em 1º de agosto de 2009.



SAC 0800 41 4554

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo Termo de Adesão; observando-se a data de início da vigência do Contrato (1º/08/2009).

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA estabelecerá uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente aos seus recebimentos, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. Para efeito de início da contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data do seu cadastramento na CONTRATADA.

Cláusula: XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

14.1. Este contrato vigorará por no mínimo 12 (doze) meses e, no silêncio das partes, prorrogar-se-á automaticamente por tempo indeterminado e sem cobrança de qualquer taxa ou valor no ato da renovação.

Cláusula: XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

15.1. Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados do início da vigência do presente contrato ou da inscrição do novo beneficiário:

15.1.1. CARÊNCIAS

Urgência e Emergência - 24 horas, observadas as limitações de cobertura quando em cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, previstas nas cláusulas específicas de urgência e emergência, adiante mencionadas.

Consultas médicas - 30 dias.

Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia - 30 dias.

Fisioterapias - 90 dias.

Demais coberturas - 180 dias.

Parto a termo - 300 dias.

15.2. Contratada a ampliação de cobertura através de módulos específicos



SAC 0800 41 4554

Cláusula: XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES
16.1. Esta cláusula não se aplica aos contratos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários.

Cláusula: XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17.1. Emergência: são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

17.2. Urgência: são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

17.3. A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional é assegurada, nos limites abaixo descritos, para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do dependente no plano, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. Estando o beneficiário em cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, o atendimento de emergência, ou de complicações no processo gestacional, será garantido, após 24 horas da inclusão do usuário no contrato, e terá cobertura igual a da segmentação ambulatorial, limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Parágrafo segundo: Estando o beneficiário em cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

17.4. É garantido no presente contrato o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, caracterizados como de urgência ou emergência realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

17.5. O reembolso de que trata este item, será efetuado de acordo com os valores da TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigentes na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E



SAC 0800 41 4554

MEDICAMENTOS, vigentes à data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do fim do evento, com a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

17.4.1. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

17.4.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

Cláusula: XVIII – REMOÇÃO

18.1. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção do paciente beneficiário nas seguintes situações:

a) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA** garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para a CONTRATANTE.

b) Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes e nos casos de cumprimento de carência para internação, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do



atendimento.

Parágrafo Primeiro. A remoção a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital dentro dos limites de cobertura geográfica do plano.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção previstos nos itens "a" e "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de morte, o (a) beneficiário titular, ou seu representante legal, e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" do caput, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.

c) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento credenciado.

Cláusula: XIX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

19.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

19.2. Da Co-Participação:

19.2.1. É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante co-participação e não haverá a limitação de valor máximo da referida co-participação, conforme abaixo:

a) Na internação psiquiátrica de beneficiários portadores de transtornos mentais: i. de um a trinta dias, não há co-participação; ii. de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); iii. acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

b) Nas Internações para os usuários portadores de quadros de

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC 0800 41 4554

intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química: i. de um a quinze dias, não há co-participação; ii. de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); iii. de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e iv. acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

Parágrafo único - medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão co-participação.

19.3. FICA ESTABELECIDO A CO-PARTICIPAÇÃO DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, ABAIXO LISTADOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 50,00 (CINQUENTA REAIS) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO RESPONSÁVEL PAGADOR DIRETAMENTE À CONTRATADA:

Parágrafo único: Haverá co-participação em consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame e fisioterapias e acupuntura realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

19.3. Cartão De Identificação:

19.3.1. A CONTRATADA fornecerá, ao beneficiário titular e respectivos dependentes inscritos no plano, o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão do dependente, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE requerer aos seus beneficiários a devolução dos respectivos cartões individuais de identificação.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente após a ciência do fato à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços que será cobrado do beneficiário titular.



SAC 0800 41 4554

19.4. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

19.4.1 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

a) Consultas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro de prestadores credenciados serão prestadas por médico plantonista;

b) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas: são realizados por médicos cooperados ou profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados que integram a rede prestadora de serviços, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed e com autorização prévia da CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

c) Os exames complementares e serviços auxiliares: são realizados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed e com autorização prévia da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais usuários.

Parágrafo Terceiro. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site www.unimed.com.br. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site", sendo expressamente excluídos a cobertura nos prestadores discriminados na Cláusula Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed.

Parágrafo Quarto. Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9656/98, com comunicação prévia ou autorização da ANS.

19.5. Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará, materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme



SAC 0800 41 4554

exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais);

b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente, utilizando-se de Junta Médica, conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências.

Cláusula: XX - FORMAÇÃO DE PREÇO

20.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos.

20.1.1. O Titular obriga-se a pagar à CONTRATADA, a sua mensalidade e de seus dependentes inscritos neste contrato, acrescidos dos valores cobrados a título de co-participação:

Faixa Etária	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA – APARTAMENTO Nº de Reg ANS – 458.239/08-0
0-18	R\$.94,30
19-23	R\$.108,03
24-28	R\$.134,40
29-33	R\$.146,78
34-38	R\$.158,83
39-43	R\$.182,35
44-48	R\$.193,64
49-53	R\$.237,41
54-58	R\$.330,59
>59	R\$.397,62

Cláusula: XXI - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

21.1. As mensalidades e as co-participações, previstas na cláusula 'Mecanismos de Regulação', serão pagas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR do plano, até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

21.2. Se o BENEFICIÁRIO não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA para que não se sujeite às consequências da mora.

21.3. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e correção



SAC 0800 41 4554

monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

21.4. Se houver dúvidas quanto às informações dos valores devidos a título de co-participação (quando devidos), o BENEFICIÁRIO TITULAR poderá solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

21.5. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o BENEFICIÁRIO TITULAR responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

Cláusula: XXII – REAJUSTE

22.1. Nos termos da lei, os valores das mensalidades, serão reajustados anualmente, com base em cálculo atuarial, que poderá ser revisto se houver: *utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados.*

§1º O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula:

REAJUSTE = [VARIAÇÃO NO PERÍODO DOS ÚLTIMOS DOZE MESES DAS: (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO)] + A DIFERENÇA (PONTOS PERCENTUAIS) ENTRE O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE APURADO PELA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EQUIVALENTES AO ORA CONTRATADO E O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE IDEAL, PACTUADO EM 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO).

§2º Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- a) Honorários, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) SADT- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- c) Diárias e taxas hospitalares;
- d) Materiais e medicamentos.

§3º Compõem as despesas administrativas:

- a) Salários;
- b) Outras despesas não especificadas.

22.2. Se por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (índice geral de preços do

Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

22.3. Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato.

Parágrafo único. Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste capítulo.

22.4. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata.

22.5. A CONTRATADA comunicará a ANS todos os reajustes levados a efeito no presente contrato.

Cláusula: XXIII - FAIXAS ETÁRIAS

23.1. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, conforme os percentuais abaixo:

Faixas Etárias	%
00 - 18	0,00%
19 - 23	14,56%
24 - 28	24,41%
29 - 33	9,21%
34 - 38	8,21%
39 - 43	14,81%
44 - 48	6,19%
49 - 53	22,60%
54 - 58	39,25%
> 59	20,28%

23.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.

Cláusula: XXIV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

24.1. Seguem abaixo regras diferenciadas asseguradas pela legislação aos contratos coletivos:



SAC 0800 41 4554

24.1.1. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS PARA CONTRATOS COM 50 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

24.1.2. Caso o número de beneficiários inscritos seja maior ou igual a 50 (cinquenta), a CONTRATADA dispensará o preenchimento e assinatura das Declarações de Saúde.

Parágrafo Primeiro. A cobertura parcial temporária ou o agravo não serão empregados nos contratos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários inscritos.

Parágrafo Segundo. Para efeito de aplicação do benefício previsto no parágrafo anterior, será considerado o número total de beneficiários inscritos no mês anterior ao da inclusão dos novos beneficiários.

24.2. FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

Esta cláusula somente se aplica aos empregados em regime de CLT, com vínculo empregatício direto com a CONTRATANTE, não sendo esta a condição dos beneficiários deste contrato.

24.3. AB SORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

24.3.1. Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. **Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.**

Parágrafo Segundo. **É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.**

Cláusula: XXV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

25.1. Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

a) houver o não pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja



SAC 0800 41 4554

comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

b) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;

c) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;

d) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;

e) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;

f) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com a CONTRATANTE;

g) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.

Parágrafo Primeiro. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula anterior, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, observadas as condições atuais de vendas, inclusive preço.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

Cláusula: XXVI - RESCISÃO

26.1. A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no contrato.

26.1.1. Antes do término de vigência do contrato, é facultado à CONTRATANTE denunciá-lo, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa contratual pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º - O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá



SAC 0800 41 4554

ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem ônus.

§2º - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.

26.2. É obrigação da CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, requerer aos seus Associados beneficiários a devolução dos respectivos cartões de identificação.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por iniciativa de qualquer das partes por escrito, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias - não se admitindo novas inclusões neste período;
- c) se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo Caso a rescisão do contrato por iniciativa da CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, a CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

Cláusula: XXVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS. A possibilidade de escolha dos BENEFICIÁRIOS é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na Cláusula Mecanismos de Regulação. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".

27.2. Assim estão expressamente excluídos da rede de credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes prestadores:

- Brasília (DF): Hospital Santa Lúcia;
- Guarulhos (SP): Hospital Carlos Chagas S/A;



SAC 0800 41 4554

- Porto Alegre (RS): Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- Recife (PE): Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança e Hospital Real Português, HOPE Hospital de Olhos de Pernambuco;
- Rio de Janeiro (RJ): Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH-DAY Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardíaco - Pronto Socorro Cardiológico, Protocor Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D'Or, Hospital Copa D'Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do RJ;
- Salvador (BA): Clínica Infantil de Urgência Ltda - PROBABLEY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador, Monte Tabor - Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária - Hospital e Hospital Santa Mônica, Brasil Memorial S/A, Centro Ítalo de Prom. Sanit. Hospital São Rafael;
- São Bernardo do Campo (SP): Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- São José do Rio Preto (SP): Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- São Paulo (SP): Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A., Incor - Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A., Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Sociedade Beneficente São Camilo - Pompéia;
- Sobral (CE): Santa Casa Misericórdia de Sobral;
- Manaus (AM): Hospital Santa Julia Ltda;

Porto Velho (RO): CEOF - Centro Especializado em Oftalmologia;

27.3. RECLAMAÇÕES ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.



SAC 0800 41 4554

Cláusula: XXIII - ELEIÇÃO DE FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Curitiba, 7 de maio de 2009.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO DO PARANÁ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS
COOPERATIVAS MÉDICAS

TESTEMUNHAS:

Ricardo Miner Navarro
RG: 6.024.618-1/PR

Jose Gouvea
RG: 862.908/PR

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC 0800 41 4554

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

[Anexo da RN nº 259]

[Índice] [Correlações] [Alterações] [Revogações] [Detalhamentos]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

~~Parágrafo Único. Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1. página 45)

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1. página 45)

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência á saúde, podendo ser credenciada ou cooperada; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.

~~Parágrafo Único. As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).~~ (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011. Seção 1. página 45)

CAPÍTULO II DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II - consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII - consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX - serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

~~XI - procedimentos de alta complexidade - PAC - em até 21 (vinte e um) dias úteis;~~

XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV - urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

Seção II

~~Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto~~

Subseção I

~~Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município~~

Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

(Título da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

(Título Subseção I da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 4º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município.~~

~~§ 1º O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.~~

~~§ 2º Na impossibilidade de acordo entre a operadora e o prestador não credenciado, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, independentemente de sua localização, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.~~

~~§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.~~

~~Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção II

~~Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não~~

Subseção II

Da Inexistência de Prestador no Município

(Título Subseção II da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 5º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no mesmo município e nos municípios limítrofes a este, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados pelo art. 3º.~~

~~Parágrafo único. A operadora ficará desobrigada do transporte a que se refere o caput caso exista prestador credenciado no mesmo município ou nos municípios limítrofes. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

~~Art. 6º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.~~

~~Parágrafo único. O disposto no caput prescinde de autorização prévia.~~

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção III

~~Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de Prestador no Município~~

Seção III

Das Disposições Comuns

(Título da "Subseção III" alterado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção I

Do Transporte

(Subseção I da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 7-A. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Subseção II

Do Reembolso

(Subseção II da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 9º Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na hipótese de~~

~~descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.~~

~~Parágrafo único. Para os produtos que prevejam a disponibilidade de rede credenciada mais a opção por acesso a livre escolha de prestadores e não ocorrendo as hipóteses de que tratam os arts. 4º, 5º ou 6º, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, caso o beneficiário opte por atendimento em estabelecimentos de saúde não participantes da rede assistencial. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 10-A. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 11 Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 12 O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na hipótese de adoção da medida prevista no inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 12 da presente resolução. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 13 O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7º-A, ambos da Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 2º

I -

II -

III - O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7º-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.

Parágrafo único.” (NR)

“Art. 7º-A.

Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa específica editada pela ANS.” (NR)

Art. 14 O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

Art. 15 Ficam **revogados** os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

~~Art. 16 Esta RN entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.~~

Art. 16. Esta RN entra em **vigor** no **dia 19 de dezembro de 2011**. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

MAURICIO CESCHIN
DIRETOR-PRESIDENTE

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

ANEXO

Correlações da RN nº 259:

Lei 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

RN nº 85, de 2004

RN nº 197, de 2009

IN/DIPRO nº 23, de 2009

Além de:

CONSU nº 8, de 04/11/1998

CONSU nº 13, de 1998

RN nº 162, de 2007

RN nº 211, de 2010

ENCERRAR

A RN nº 259 foi ALTERADA pela:

RN nº 268, de 02/09/2011

ENCERRAR

A RN nº 259, REVOGOU:

os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN/DIPRO nº 23, de 2009

VOLEAR

A RN nº 259, Foi Detalhada pela:

IN/DIPRO nº 37, de 2011, que regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do §1º do artigo 1º da RN nº 259.

VOLEAR

ÍNDICE DA RN nº 259:

CAPÍTULO I - DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO II - DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I - Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

~~Seção II - Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto~~

~~Subseção I - Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município~~

~~Subseção II - Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não~~

~~Subseção III - Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de Prestador no Município~~

Seção II - Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

Subseção I - Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

Subseção II - Da Inexistência de Prestador no Município

Seção III - Das Disposições Comuns

Subseção I - Do Transporte

Subseção II - Do Reembolso

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

NOTAR

TABELA DE COBERTURAS E HONORÁRIOS DENTAL PLUS

O valor em moeda corrente é conseguido através da multiplicação do valor do procedimento (USO) pelo fator de conversão

FATOR DE CONVERSÃO 0,20

PARA PRESTADORES DE SERVIÇO - PESSOA JURÍDICA COM NOTA FISCAL - 20% DE ACRÉSCIMO
OU PARA PRESTADORES DE SERVIÇO - ESPECIALISTAS - 20% DE ACRÉSCIMO NA ESPECIALIDADE

****Será solicitado auditoria aleatoriamente para associados que o tratamento ultrapassar R\$ 120,00**

**Valores
com 20%
de
acréscimo
para
Pessoa
Jurídica**

CDIG	PROCEDIMENTOS	USO	REIS	REIS
DIAGNÓSTICO				
		35	R\$ 7,00	R\$ 8,40
101	CONSULTA INICIAL	180	R\$ 36,00	R\$ 43,20
102	EXAME HISTOPATOLÓGICO			
EMERGÊNCIA				
201	COLAGEM DE FRAGMENTOS	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
202	CURATIVO E/OU SUTURA EM CASO DE HEMORRAGIA BUCAL / LABIAL	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
203	CURATIVO EM CASO DE ODONTOALGIA AGUDA / PULPECTOMIA / NECROSE	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
204	EXODONTIA DE EMERGÊNCIA	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
205	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA TEMPORÁRIA	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
206	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA ORAL	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
207	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA ORAL	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
208	RECIMENTAÇÃO DE PEÇA PROTÉTICA	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
209	REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
210	TRATAMENTO DE ALVEOLITE			
RADIOLOGIA				
301	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	325	R\$ 65,00	R\$ 78,00
302	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	15	R\$ 3,00	R\$ 3,60
303	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	15	R\$ 3,00	R\$ 3,60
304	RADIOGRAFIA OCLUSAL	32,5	R\$ 6,50	R\$ 7,80
PREVENÇÃO				
401	APLICAÇÃO DE SELANTES	40	R\$ 8,00	R\$ 10,00
402	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (BOCA COMPLETA/INCLUI PROFILAXIA) ATÉ 12 ANOS.	82,5	R\$ 16,50	R\$ 19,80
403	PROFILAXIA (BOCA COMPLETA)	75	R\$ 15,00	R\$ 18,00
404	EVIDENCIAÇÃO E ATIVIDADE EDUCATIVA	35	R\$ 7,00	R\$ 8,40
ODONTOPEDIATRIA				
501	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	62,5	R\$ 12,50	R\$ 15,00
502	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	40	R\$ 8,00	R\$ 9,60
503	EXODONTIA DE DECÍDUO	66,5	R\$ 13,30	R\$ 15,96
504	PULPOTOMIA	100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
505	RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA PARA DENTES DECÍDUOS	79	R\$ 15,80	R\$ 18,96
506	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO PARA DENTES DECÍDUOS	68,75	R\$ 13,75	R\$ 16,50
507	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL PARA DENTES DECÍDUOS	84	R\$ 16,80	R\$ 20,16
508	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES DECÍDUOS	190	R\$ 38,00	R\$ 45,60
DENTISTICA				
601	RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA - 1 FACE	75	R\$ 15,00	R\$ 18,00
602	RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA - 2 FACES	85	R\$ 17,00	R\$ 20,40
603	RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA - 3 FACES	95	R\$ 19,00	R\$ 22,80
604	RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA - 4 OU + FACES	105	R\$ 21,00	R\$ 25,20
605	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 1 FACE	90	R\$ 18,00	R\$ 21,60
606	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 2 FACES	100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
607	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 3 OU + FACES	110	R\$ 22,00	R\$ 26,40
608	RESTAURAÇÃO A PINO	215	R\$ 43,00	R\$ 51,60
609	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO	56	R\$ 11,20	R\$ 13,44
610	RESTAURAÇÃO DE ÂNGULO	120	R\$ 24,00	R\$ 28,80
611	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	78,95	R\$ 15,79	R\$ 18,95
612	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	93,75	R\$ 18,75	R\$ 22,50
PERIODONTIA				
701	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO (POR ARCADE)	60	R\$ 12,00	R\$ 14,40
702	RASPAGEM SUB-GENGIVAL (POR HEMI - ARCO)	75	R\$ 15,00	R\$ 18,00
703	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA TEMPORÁRIA OU PERMANENTE (POR SEGMENTO)	77,5	R\$ 15,50	R\$ 18,60
704	CUNHA DISTAL	132,5	R\$ 26,50	R\$ 31,80
705	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO (POR HEMI-ARCO)	210	R\$ 42,00	R\$ 50,40
706	SEPULTAMENTO RADICULAR	197,5	R\$ 39,50	R\$ 47,40
ENDODONTIA				
801	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	22,5	R\$ 4,50	R\$ 5,40
802	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES PERMANENTES COM 1 (UM) CONDUTO	350	R\$ 70,00	R\$ 84,00
803	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES PERMANENTES COM 2 (DOIS) CONDUTOS	450	R\$ 90,00	R\$ 108,00
804	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES PERMANENTES COM 3 (TRÊS) OU + CONDUTOS	625	R\$ 125,00	R\$ 150,00
805	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES PERMANENTES COM 1 (UM) CONDUTO	450	R\$ 90,00	R\$ 108,00
806	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES PERMANENTES COM 2 (DOIS) CONDUTOS	550	R\$ 110,00	R\$ 132,00
807	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES PERMANENTES COM 3 (TRÊS) OU + CONDUTOS	700	R\$ 140,00	R\$ 168,00
808	CLAREAMENTO ENDODÔNTICO (POR ELEMENTO)	195	R\$ 39,00	R\$ 46,80

809	REMOÇÃO DE PINO INTRARRADICULAR / CORPO ESTRANHO	82,5	R\$ 16,50	R\$ 19,80
810	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	135	R\$ 27,00	R\$ 32,40

CDIC	PROCEDIMENTOS	QTD	REAL	REAL
	CIRURGIA			
		100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
901	EXODONTIA SIMPLES	110	R\$ 22,00	R\$ 26,40
902	EXODONTIA A RETALHO	100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
903	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	350	R\$ 70,00	R\$ 84,00
904	EXODONTIA DE DENTE SEMI - INCLUSO	450	R\$ 90,00	R\$ 108,00
905	EXODONTIA DE DENTES INCLUSOS	100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
906	ALVEOPLASTIA (POR HEMI - ARCO)	275	R\$ 55,00	R\$ 66,00
907	APICETOMIA UNIRADICULAR	350	R\$ 70,00	R\$ 84,00
908	APICETOMIA BIRRADICULAR	450	R\$ 90,00	R\$ 108,00
909	APICETOMIA TRIRRADICULAR	325	R\$ 65,00	R\$ 78,00
910	APICETOMIA UNIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	400	R\$ 80,00	R\$ 96,00
911	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	500	R\$ 100,00	R\$ 120,00
912	APICETOMIA TRIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	180	R\$ 36,00	R\$ 43,20
913	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	290	R\$ 58,00	R\$ 69,60
914	BIÓPSIA	400	R\$ 80,00	R\$ 96,00
915	CIRURGIA PARA TORUS UNILATERAL (MAXILA OU MANDÍBULA)	600	R\$ 120,00	R\$ 144,00
916	CIRURGIA PARA TORUS BILATERAL (MAXILA OU MANDÍBULA)	250	R\$ 50,00	R\$ 60,00
917	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	240	R\$ 48,00	R\$ 57,60
918	EXCISAO DE MUCOCELE	240	R\$ 48,00	R\$ 57,60
919	EXCISAO DE RÂNULA	100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
920	FRENECTOMIA LABIAL	200	R\$ 40,00	R\$ 48,00
921	FRENECTOMIA LINGUAL	75	R\$ 15,00	R\$ 18,00
922	GENGIVECTOMIA / GENGIVOPLASTIA (POR DENTE)	100	R\$ 20,00	R\$ 24,00
923	GENGIVECTOMIA / GENGIVOPLASTIA (POR HEMIARCO)	495	R\$ 99,00	R\$ 118,80
924	REDUCAO CRUENTA (FRATURA ALVÉOLO - DENTÁRIA)	150	R\$ 30,00	R\$ 36,00
925	REDUCAO INCRUENTA (FRATURA ALVÉOLO - DENTÁRIA)	500	R\$ 100,00	R\$ 120,00
926	SULCOPLASTIA	65	R\$ 13,00	R\$ 15,60
927	ULOTOMIA / ULECTOMIA	170	R\$ 34,00	R\$ 40,80
928	HEMISSECÇÃO COM OU SEM AMPUTAÇÃO RADICULAR			
CDIC	PROCEDIMENTOS			
	PRÓTESE			
		250	R\$ 50,00	R\$ 60,00
1001	COROA DE AÇO OU POLICARBONATO	350	R\$ 70,00	R\$ 84,00
1002	COROA JAQUETA ACRÍLICA	1400	R\$ 280,00	R\$ 336,00
1003	COROA METALOCERÂMICA	200	R\$ 40,00	R\$ 48,00
1004	COROA PROVISÓRIA	575	R\$ 115,00	R\$ 138,00
1005	COROA TOTAL METÁLICA	1000	R\$ 200,00	R\$ 240,00
1006	COROA VENEER	1300	R\$ 260,00	R\$ 312,00
1007	ELEMENTO DE PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA	900	R\$ 180,00	R\$ 216,00
1008	ELEMENTO DE PRÓTESE FIXA METALOPLÁSTICA	300	R\$ 60,00	R\$ 72,00
1009	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	450	R\$ 90,00	R\$ 108,00
1010	PLACA DE MORDIDA (MIORELAXANTE)	1400	R\$ 280,00	R\$ 336,00
1011	PRÓTESE ADESIVA METALOCERÂMICA 3 ELEMENTOS	1000	R\$ 200,00	R\$ 240,00
1012	PRÓTESE ADESIVA METALOPLÁSTICA 3 ELEMENTOS	1500	R\$ 300,00	R\$ 360,00
1013	PRÓTESE REMOVÍVEL EM GRAMPO (CADA)	500	R\$ 100,00	R\$ 120,00
1014	PRÓTESE REMOVÍVEL PROVISÓRIA (CADA)	1000	R\$ 200,00	R\$ 240,00
1015	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA (CADA)	1250	R\$ 250,00	R\$ 300,00
1016	PRÓTESE TOTAL SUPERIOR	1250	R\$ 250,00	R\$ 300,00
1017	PRÓTESE TOTAL INFERIOR	250	R\$ 50,00	R\$ 60,00
1018	REEMBASAMENTO	850	R\$ 170,00	R\$ 204,00
1019	RESTAURAÇÃO INLAY / ONLAY	500	R\$ 100,00	R\$ 120,00
1020	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA			
	ORTODONTIA	0	*	*
1101	INSTALAÇÃO DE APARELHO FIXO / REMOVÍVEL	250	R\$ 50,00	R\$ 60,00
1102	TAXA DE MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO / REMOVÍVEL			

TABELA CREDENCIADOS ----- VALOR US =		0,22	30/9/2009
INTERIOR - ÁREA 02			
COD	PROCEDIMENTOS	US	R\$
DIAGNÓSTICO			
	DIAGNÓSTICO, ANAMNESE, PLANO DE TRATAMENTO, PROGNÓSTICO	0	R\$ -
110	CONSULTA INICIAL MAIS ORIENTAÇÃO HIGIENE BUCAL	62	R\$ 13,64
URGÊNCIA			
003	CONSULTA URGÊNCIA	0	R\$ -
0021	CURATIVO EM CASO DE HEMORRAGIA BUCAL	68	R\$ 10,20
0011	CURATIVO EM CASO DE ODONTALGIA AGUDA	68	R\$ 14,96
0021	HEMORRACIA	68	R\$ 14,96
0015	ODONTALGIA AGUDA / PULPECTOMIA	68	R\$ 14,96
0017	DRENAGEM DE ABSCESSOS	68	R\$ 14,96
0022	ALVEOLITES	68	R\$ 14,96
008	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA	34	R\$ 5,78
0023	REIMPLATES DE DENTE AVULSIONADO	79	R\$ 17,46
0016	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA TEMPORÁRIA	75	R\$ 16,46
0026	RECIMENTAÇÃO DE PEÇA PROTÉTICA	75	R\$ 16,46
0009	COLAGEM DE FRAGMENTOS	79	R\$ 17,46
RADIOLOGIA			
210	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	23	R\$ 4,99
220	RADIOGRAFIA BITE - WING	23	R\$ 4,99
PREVENÇÃO			
510	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA E PROFILAXIA-POLIMENTO CORONÁRIO	68	R\$ 14,96
530	APLICAÇÃO TÓPICO DE FLUOR	68	R\$ 14,96
620	APLICAÇÃO DE SELANTE	34	R\$ 7,48
ODONTOPEDIATRIA			
911	RESTAURAÇÃO EM AMALGAMA / RESINA 01 FACE	68	R\$ 14,96
921	RESTAURAÇÃO EM AMALGAMA / RESINA 02 FACES	68	R\$ 14,96
931	RESTAURAÇÃO EM AMALGAMA / RESINA 3 OU MAIS FACES	68	R\$ 14,96
710	PULPOTOMIA	143	R\$ 31,42
5011	EXODONTIA EM DECÍDUOS	68	R\$ 14,96
DENTÍSTICA			
943	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	86	R\$ 18,95
910	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA CLASSE I	68	R\$ 14,96
920	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA CLASSE II	75	R\$ 16,46
960	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE I	68	R\$ 14,96
981	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE II	75	R\$ 16,46
970	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE III	86	R\$ 18,95
980	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE IV	86	R\$ 18,95
960	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE V	68	R\$ 14,96
990	RESTAURAÇÃO COM PINOS E FACETAS	86	R\$ 18,95
PERIODONTIA			
3005	RASP. E ALISAMENTO CORONO - RAD. AUSÊNCIA DE BOLSA	68	R\$ 14,96
3006	RASP. E ALISAMENTO CORONO - RAD. E CURETAGEM DE BOLSA	68	R\$ 14,96
3000	RASP. SUPRA-GENGIVAL, ALISAMENTO E POLIMENTO CORONÁRIO	68	R\$ 14,96
3009	RASP. SUPRA-GENGIVAL, ALISAMENTO E POLIMENTO RADICULAR	68	R\$ 14,96
3280	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	75	R\$ 16,46
3150	CUNHA DISTAL	57	R\$ 12,47
3120	GENGIVECTOMIA E GENGIVOPLASTIA	75	R\$ 16,46
CIRURGIA			
5010	EXODONTIA SIMPLES	75	R\$ 16,46

QUADRO RESUMO

CÓDIGO REFERENCIADO:
(para uso da Porto Seguro)

O presente *Quadro Resumo* é parte integrante e indissociável do Termo de Referenciamento para Prestação de Serviços Odontológicos que celebram entre si:

PORTO SEGURO – SEGURO SAÚDE S/A, sociedade seguradora, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.540.010/0001-70, com sede na Alameda Barão de Piracicaba, nº 740, Campos Elíseos, São Paulo/SP, com registro junto à Agência Nacional de Saúde sob o nº 000582, doravante denominada “**SEGURADORA**”;

, inscrito(a) no CNPJ / CPF sob o nº _____, nº _____,

com sede/endereço na _____, Estado _____, com registro no

Bairro - _____, Cidade _____, Estado _____, com registro no

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob nº _____, instituído pelas Portarias nº 376,

de 03.10.2000 e nº 511, de 29.12.2000, ambas da Secretaria de Assistência à Saúde, doravante denominado “**REFERENCIADO**”.

LOCAL(IS) DE ATENDIMENTO DO REFERENCIADO

• ENDEREÇO..... : _____, Nº _____

• BAIRRO..... : _____

• CIDADE/ESTADO..... : _____ / _____

• CEP..... : _____

• TELEFONE..... : (_____) _____

• FAX..... : (_____) _____

• E-MAIL..... : _____

• SITE..... : _____

PAGAMENTO/FATURAMENTO

• FORMA..... : DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

• PRAZO..... : CRONOGRAMA DE PAGAMENTO

• BANCO..... : NOME _____ / Nº _____

• AGÊNCIA..... : _____

• CONTA-CORRENTE..... : _____

ESPECIALIDADE OU SERVIÇO/UNIDADE DE PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO – UPO

• _____ / UPO de R\$ _____ ;

• _____ / UPO de R\$ _____ ;

• _____ / UPO de R\$ _____ ;

• _____ / UPO de R\$ _____ ;

COMUNICAÇÃO

Além das comunicações feitas por meio de correspondência nos endereços mencionados no preâmbulo do presente, poderão ser realizadas ainda por meio dos seguintes endereços eletrônicos:

• SEGURADORA..... : _____ prestadores.odontologia@portoseguro.com.br e

contas.odontologicas@portoseguro.com.br ;

• REFERENCIADO..... :

TERMO DE REFERENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

As partes qualificadas no *Quadro Resumo* têm entre si, justo e contratado na melhor forma de direito o presente **Termo de Referenciamento para Prestação de Serviços Odontológicos** ("Contrato"), o qual se regerá de acordo com a legislação pertinente bem como pelas cláusulas e condições seguintes, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Definições

1.1. *Quadro Resumo* que faz parte integrante e inseparável do presente Contrato, é o instrumento que dispõe sobre a qualificação completa das partes, local da prestação dos serviços, valores da *Unidade de Procedimento Odontológico (UPO)* ora pactuada, dados bancários para pagamento do preço, integrantes do corpo clínico (em caso de Referenciado pessoa jurídica) e a(s) especialidade(s) do **REFERENCIADO**.

1.2. *Contrato de Seguro Odontológico* é o vínculo contratual mantido entre a **SEGURADORA** e os *Segurados*, por meio do qual esta se compromete a suportar os dispêndios decorrentes da concretização de riscos de natureza odontológica, observadas as limitações e condições pactuadas.

1.3. *Segurados* são todos os aderentes, sejam titulares ou dependentes, aos Contratos de Seguro Odontológico, celebrados pela **SEGURADORA**, e que nesta condição passam a ter direito ao atendimento odontológico prestado pelo **REFERENCIADO**.

1.4. *Cartão Porto Odontológico* é o documento pessoal e intransferível de identificação dos Segurados, fornecido pela **SEGURADORA**, do qual constam informações relativas ao Contrato de Seguro Odontológico, sendo a sua apresentação e a sua validação requisitos indispensáveis ao atendimento por parte do **REFERENCIADO**.

1.5. *Portal do Prestador (Portal de Negócios)* é a área do site de acesso exclusivo aos referenciados disponibilizado pela **SEGURADORA**, no qual estão expressos e regulamentados os procedimentos relacionados a prestação de serviço objeto do presente contrato.

1.5.1. O *Portal do Prestador (Portal de Negócios)* será acessado pelo **REFERENCIADO** através de nome de usuário (*login*) e senha de acesso, ambos disponibilizados pela **SEGURADORA** de uso pessoal e intransferível, e de total responsabilidade do **REFERENCIADO**.

1.5.2. O *Portal do Prestador (Portal de Negócios)* possui as seguintes funcionalidades:

- (a) Acesso ao atendimento *online* (CHAT);
- (b) Consulta da elegibilidade do Segurado;
- (c) Solicitação de autorizações de tratamentos e impressão da guia de tratamento odontológico (GTO);
- (d) Faturamento dos tratamentos realizados, acompanhamento do pagamento, acesso aos demonstrativos de pagamento e demonstrativo de glosa;

- (e) Realização e envio do recurso de glosa;
- (f) Acesso ao Manual do Prestador, Manual da Web, Tabela de Serviços Odontológicos (TPSO), formulários, solicitação de cartela de Radiografia, Mural de recados e Benefícios para os dentistas; dentre outros.

1.6. Manual do Prestador, que faz parte integrante e inseparável do presente instrumento, é o documento disponibilizado pela **SEGURADORA** através do *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, conforme item 1.5 acima, no qual estão expressas e regulamentadas a forma de relacionamento entre as partes, principalmente quanto as condições de pagamento, forma e prazo de envio das **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)**, prazos, normas, procedimentos burocráticos, atos ou eventos odontológico, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da **SEGURADORA**, requisitos administrativos, dentre outros estando o referido manual disponibilizado no site da **SEGURADORA**, no *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, no endereço (<https://www.portoseguro.com.br/prestador/trs/>), devendo o **REFERENCIADO** manifestar a sua ciência inequívoca em relação ao conteúdo disponibilizado pela **SEGURADORA**, mediante a aceitação expressa dos termos do *Manual do Prestador*, diretamente no link disponibilizado para tanto no site da **SEGURADORA**.

1.7. Manual da WEB, que faz parte integrante e inseparável do presente instrumento, é o documento disponibilizado pela **SEGURADORA** quando do cadastro inicial do **REFERENCIADO** e também no site da **SEGURADORA**, no *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, no endereço (<https://www.portoseguro.com.br/prestador/trs/>). No *Manual da WEB*, estão contidas instruções para a devida utilização do *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, como realizar o primeiro acesso ao Portal de Negócios, como utilizar o atendimento *online* (CHAT), como realizar a solicitação de autorização de tratamento e impressão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO), acesso ao calendário de pagamento e como realizar o faturamento eletrônico e envio das guias faturadas por correio, como acessar os demonstrativos de pagamento e de glosa, como realizar o recurso de glosa, como solicitar cartelas de radiografias e como acessar os manuais e formulários, dentre outras.

1.8. Tabela de Serviços Odontológicos – TPSO é a tabela de referência para todos os serviços prestados pelo **REFERENCIADO** aos *Segurados*, parte integrante e indissociável deste contrato como **Anexo I**.

1.9. Cronograma de Pagamento, que faz parte integrante e inseparável do presente instrumento, é o documento disponibilizado pela **SEGURADORA** no *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, no qual estão expressos e regulamentados os procedimentos relacionados aos prazos de pagamento.

CLÁUSULA SEGUNDA - Objeto

2.1. O objeto do presente instrumento é a prestação de serviços de assistência odontológica aos *Segurados*, em conformidade com o plano e as coberturas contratadas no contrato de seguro odontológico firmado entre a **SEGURADORA** e os *Segurados*.

CLÁUSULA TERCEIRA – Não exclusividade da contratação

3.1. A presente contratação é celebrada em caráter não exclusivo, sendo facultado às partes celebrarem idênticos e simultâneos contratos com outras pessoas, físicas e/ou jurídicas, desde que respeitadas às disposições ora avençadas e não prejudiquem os serviços ora contratados.

CLÁUSULA QUARTA - Preço

4.1. Os serviços objeto deste Contrato serão pagos pela **SEGURADORA** ao **REFERENCIADO** na forma estabelecida na *Tabela de Serviços Odontológicos (TPSO)* e de acordo com os valores da *Unidade de Procedimento Odontológico (UPO)* ora pactuada, nos termos do *Quadro Resumo*.

4.2. Qualquer solicitação de alteração nos preços constantes do **Anexo I** deverá ser feita por meio de envio de correspondência eletrônica, diretamente nos endereços declinados no *Quadro Resumo*, com 30 (trinta) dias de antecedência. Somente após a concordância prévia e expressa das partes a alteração solicitada poderá entrar em vigor.

4.3. Os procedimentos, códigos e/ou serviços não previstos no **Anexo I** não serão passíveis de pagamento sem que haja a devida negociação prévia e a respectiva anuência expressa da **SEGURADORA**. Em nenhuma hipótese poderá ser imputado qualquer ônus ou prejuízo aos *Segurados*.

4.4. Já estão inclusos nos valores descritos no **Anexo I** todos os custos inerentes aos serviços contratados, aos materiais, produtos e equipamentos a serem utilizados, dentre outros, necessários a completa e integral prestação dos serviços objeto do presente instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - Pagamento

5.1. A **SEGURADORA** reembolsará ao **REFERENCIADO**, por conta e ordem do *Segurado*, pelos serviços prestados para pagamento em nome do *Segurado*, na forma descrita no *Manual do Prestador*, mediante a apresentação pelo **REFERENCIAMENTO** da(s) **Conta(s) de Serviços Odontológicos** à **SEGURADORA**, juntamente com todos os documentos comprobatórios da prestação de serviços de acordo com a Instrução Normativa DIDES/NA nº 43 de 20 de agosto de 2010, sempre observando o cronograma anual de pagamento que será disponibilizado pela **SEGURADORA** no *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, nos termos do item 1.5 da cláusula primeira acima.

5.2. A **SEGURADORA** e o **REFERENCIADO** adotarão uma das formas previstas de comunicação do Padrão TISS para troca de informações sobre eventos assistenciais realizados aos *Segurados*, de acordo com o que determina a Resolução Normativa nº 153 da ANS, de 28 de maio de 2007.

5.2.1. O **REFERENCIADO** deverá utilizar formulário de guia de atendimento no Padrão TISS, observando todas as informações de procedimento obrigatório.

5.2.2. Em caso de interrupção do serviço de troca eletrônica de informações entre **SEGURADORA** e o **REFERENCIADO**, até que cesse a interrupção, as partes deverão utilizar o padrão de conteúdo e estrutura como forma contingencial de troca de informações sobre os eventos assistenciais realizados aos *Segurados*, conforme dispõe o § 1º do artigo 14 da Resolução Normativa nº 153 da ANS, de 28 de maio de 2007 e suas atualizações.

5.2.3. Todas as Notas Fiscais/ RPA (Recibo de Pagamento a Autônomo) referentes e parte integrante da(s) **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)** deverão ser emitidas em nome dos *Segurados*

atendidos, sendo vedada emissão destas em nome da **SEGURADORA**, ora estipulante de apólice de seguro coletivo.

5.4. Para efeitos de faturamento, o **REFERENCIADO** compromete-se a preencher e encaminhar os formulários da **SEGURADORA**, bem como a observar as rotinas constantes do *Manual do Prestador*, a fim de evitar falhas e/ou eventuais atrasos no processamento e pagamento da respectiva conta odontológica.

5.5. Eventuais irregularidades apresentadas nas **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)** serão devolvidas com apontamentos ao **REFERENCIADO** que, conforme o caso procederá às correções e as reapresentará à **SEGURADORA** para pagamento, ficando claro que o vencimento da conta ficará sujeito ao prazo mencionado no item 5.1 acima, a contar da data de sua reapresentação, sem que caiba ao **REFERENCIADO** qualquer direito à compensação, reparação ou indenização.

5.5.1. Tendo ocorrido o previsto no item 5.5 acima por culpa do **REFERENCIADO**, a este não caberá dar ciência aos *Segurados* ou destes cobrar diretamente.

5.6. Caso algum item apresentado pelo **REFERENCIADO** tenha seu pagamento indeferido ou glosado pela **SEGURADORA**, o **REFERENCIADO** poderá requerer uma única revisão da glosa, diretamente no *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, disponível no seguinte endereço eletrônico: <https://www.portoseguro.com.br/prestador/trs/>, conforme informação e procedimento constante do *Manual do Prestador*, no prazo de até 35 (trinta e cinco) dias, contado da data prevista para pagamento da **Conta de Serviços Odontológicos** relativa aos serviços prestados.

5.6.1. Após o prazo descrito no item 5.6 acima, as glosas serão consideradas efetivas e não serão aceitos pedidos de revisão. Em contrapartida a **SEGURADORA** se obriga a apurar o recurso de glosa e a responder, em prazo de 35 (trinta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo na **SEGURADORA**.

5.6.2. O **REFERENCIADO** se declara ciente e concorde de que uma vez analisado seu pedido de revisão e obtida negativa por parte da **SEGURADORA**, não será cabível novo pedido de revisão sobre os mesmos itens.

5.7. O atraso injustificado no pagamento das **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)** sujeitará a **SEGURADORA** ao pagamento de juros de mora no valor de 1% (um por cento) calculado ao mês.

5.8. A **SEGURADORA** efetuará o pagamento dos valores acordados neste instrumento por meio de depósito/transferência bancária eletrônica, em conta corrente de titularidade exclusiva do REFERENCIADO, conforme dados bancários informados do *Quadro Resumo*, valendo os recibos de depósito/transferência como comprovante de pagamento e quitação plena, para todos os fins de direito.

5.8.1. O **REFERENCIADO** se compromete a informar à **SEGURADORA**, por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da **Conta de Serviços Odontológicos**, acerca de qualquer alteração nos dados bancários descritos no *Quadro Resumo*, sob pena de ser considerados válidos os pagamentos efetuados na antiga conta corrente.

5.9. Na hipótese de a **SEGURADORA** efetuar, indevidamente, o pagamento de **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)** em virtude de divergência entre o valor cobrado e os preços ou quantidade dos serviços efetivamente prestados, as partes concordam que será efetuada a devida compensação no faturamento seguinte.

5.10. Os valores constantes da *Tabela de Serviços Odontológicos (TPSO)* – Anexo I serão reajustados anualmente e terão como base o equivalente a 20% (vinte por cento) da variação do IPCA/IBGE, registrada no respectivo período, ou na sua falta, outro índice que venha a substituí-lo, autorizado pelo Governo Federal.

CLÁUSULA SEXTA – Obrigações do REFERENCIADO

6.1. Os serviços objeto do presente Termo de Referenciamento serão prestados nas dependências do **REFERENCIADO**.

6.2. O **REFERENCIADO**, antes de realizar qualquer atendimento, deverá verificar se o *Segurado* é portador do *Cartão Porto Odontológico* emitido pela **SEGURADORA** e se tal documento encontra-se dentro do prazo de validade, bem como realizar a consulta de elegibilidade do *Segurado* através do *Portal do Prestador (Portal de Negócios)*, devendo comprovar, ainda, por meio de um documento de identidade oficial (com fotografia) se a pessoa que se apresenta para utilização dos serviços é o próprio *Segurado*.

6.2.1. O **REFERENCIADO**, antes de cada atendimento, deverá efetuar os processos de obtenção de autorização de atendimento, utilizando para isto o *Cartão Porto Odontológico* do *Segurado*, de acordo com a sistemática estabelecida no *Manual do Prestador*.

6.2.2. O **REFERENCIADO** obriga-se a informar a **SEGURADORA**, por meio de documento escrito, o histórico do *Segurado* e a condição inicial da saúde bucal deste, sempre acompanhado de documentação comprobatória, no prazo de 05 (cinco) dias corridos, sempre que solicitado pela **SEGURADORA**.

6.2.3. O **REFERENCIADO** se obriga a enviar à **SEGURADORA** as **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)**, relacionada(s) aos serviços efetivamente prestados aos *Segurados*, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias corridos, contado da data de vencimento da autorização do atendimento.

6.3. Na hipótese de haver queixas de *Segurados* quanto ao atendimento prestado pelo **REFERENCIADO**, este fica obrigado a prestar esclarecimentos por escrito e acompanhado de documentação comprobatória, quanto ao serviço prestado, num prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar da data de recebimento, pelo **REFERENCIADO**, de notificação nesse sentido.

6.4. O **REFERENCIADO** não cobrará dos *Segurados*, em hipótese alguma, quaisquer valores pelos atendimentos ocorridos por força deste Contrato. Toda e qualquer cobrança em decorrência dos serviços ora contratados deverão ser apresentadas exclusivamente à **SEGURADORA**, exceto quando não houver cobertura contratual, hipótese em que ficará o **REFERENCIADO** obrigado a notificar formal e previamente os *Segurados* acerca das referidas cobranças, antes da realização do procedimento.

6.5. O REFERENCIADO obriga-se a comunicar à **SEGURADORA** qualquer alteração nos dados cadastrais, modalidades de serviços ou endereços, por escrito, no prazo mínimo de 10 (dez) dias antes da ocorrência.

6.6. O REFERENCIADO, quando pessoa jurídica, obriga-se a fornecer e atualizar a relação de seu corpo clínico perante a **SEGURADORA**, sempre que houver qualquer alteração e no prazo de 10 (dez) dias, contado da data de tal alteração, declarando-se, neste ato, devidamente ciente de que somente serão remunerados os atendimentos realizados pelos profissionais integrantes de seu corpo clínico.

6.6.1. O REFERENCIADO compromete-se a dar ciência integral do presente instrumento, dos seus termos e condições a todos os profissionais constantes do seu corpo clínico, responsabilizando-se de forma integral e objetiva, por todo e qualquer ato por estes praticados, para a execução dos serviços objeto do presente instrumento.

6.7. O REFERENCIADO, quando pessoa física, não poderá delegar ou permitir que qualquer outro profissional, por mais habilitado e capacitado que o seja, execute os serviços objeto do presente Contrato, ou, ainda, realize qualquer procedimento aos *Segurados*, inclusive exames clínicos, sob pena de rescisão deste instrumento e de responder, na esfera civil e criminal, por todos os atos praticados pelo profissional não referenciado, inclusive arcar com todas as perdas e danos apurados em favor da **SEGURADORA** e/ou dos *Segurados*.

6.8. O REFERENCIADO obriga-se a informar a produção assistencial, disponibilizando à **SEGURADORA** os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos *Segurados*, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do artigo 4º da Lei 9.961/00.

6.9. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos *Segurados* e em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, poderão ser discriminados ou atendidos de forma distinta daquela dispensada a outros clientes, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos.

6.10. O REFERENCIADO compromete-se a observar os prazos abaixo declinados para o agendamento de consultas, com exceção dos procedimentos que por sua natureza técnica não se apliquem referidos prazos e, desde que devidamente comprovada tal exceção a **SEGURADORA**, no prazo de 05 (cinco) dias, contado da data da solicitação desta nesse sentido.

- (i) Máximo de 7 (sete) dias úteis para consultas iniciais, a contar do primeiro contato do *Segurado*, e
- (ii) Máximo de 15 (quinze) dias úteis para as consultas de retorno, salvo se a natureza do procedimento demandar prazo diverso, o que deverá ser comprovado por escrito pelo **REFERENCIADO**, sempre que solicitado pela **SEGURADORA**.

CLÁUSULA SÉTIMA - Responsabilidade

7.1. O REFERENCIADO compromete-se a observar as normas e princípios que regulamentam a Odontologia, sempre utilizando-se de técnicas adequadas e materiais em boas condições de conservação e esterilização.

7.2. O REFERENCIADO é o único responsável pela qualidade e eficiência dos serviços prestados ao *Segurado* e se obriga a manter as condições físicas e a qualidade de atendimento necessárias à satisfatória execução dos serviços.

7.3. O REFERENCIADO responderá civil e criminalmente por todo e qualquer dano (material, pessoal, moral, direto e indireto) causado aos *Segurados* ou a **SEGURADORA**.

7.4. O REFERENCIADO é o exclusivo responsável pelo pagamento de todas as suas obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais incidentes sobre o objeto do presente Contrato.

7.4.1. O REFERENCIADO assume expressamente a obrigação de reembolsar à **SEGURADORA** todos e quaisquer custos e despesas relacionadas a ações de natureza cíveis, criminais, trabalhistas e/ou previdenciárias, que eventualmente venham a ser movidas por seu empregado, preposto ou contratado ou, ainda, por *Segurado*, inclusive custas judiciais e honorários advocatícios, em decorrência da execução dos serviços objeto do presente instrumento.

7.4.2. A SEGURADORA poderá, a seu exclusivo critério, descontar o valor correspondente às despesas, de que trata o subitem 7.4.1 acima, de eventuais créditos que o **REFERENCIADO** possua em razão da presente relação contratual, inclusive mediante a retenção dos valores eventualmente devidos.

7.5. O REFERENCIADO se responsabiliza integralmente por toda e qualquer informação fornecida à **SEGURADORA**, em razão dos serviços prestados, respondendo, ainda, administrativa e judicial, civil e criminalmente, pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das mencionadas informações.

CLÁUSULA OITAVA - Glosas

8.1. Não caberá o recurso previsto no item 5.6 da cláusula quinta do presente Termo de Referenciamento nas seguintes hipóteses:

- (a) Caso o **REFERENCIADO** cobre valores em desacordo com a *Tabela de Serviços Odontológicos (TPSO)* - Anexo I;
- (b) Caso o **REFERENCIADO** atenda ao *Segurado* que esteja com o *Cartão Porto Odontológico* fora da data de validade;
- (c) Caso o **REFERENCIADO** preste serviços para planos que não foram contratados ou que o plano de assistência do *Segurado* não esteja autorizado para atendimento, ou que não haja cobertura para o tipo de atendimento;
- (d) Caso o **REFERENCIADO** deixe de enviar as contas dos serviços ora contratados no prazo estipulado no item 5.4 da cláusula quinta deste instrumento.

CLÁUSULA NONA - Auditorias Odontológicas e Código de Ética Odontológico

9.1. O **REFERENCIADO** obriga-se a dar aos auditores próprios ou terceirizados da **SEGURADORA**, devidamente identificados, livre acesso às informações relativas aos serviços prestados aos Segurados, respeitando-se e observando-se as premissas do Código de Ética Odontológico, além de fornecer, quando solicitados, relatórios ou outros documentos pertinentes àqueles atendimentos.

9.2. As rotinas da auditoria serão realizadas de acordo com a necessidade e a disponibilidade da **SEGURADORA** e abrangem os seguintes serviços:

- (a) Verificação das instalações e equipamentos do **REFERENCIADO**;
- (b) Visita e identificação do paciente/*Segurado*;
- (c) Análise e validação da(s) **Conta(s) de Serviço(s) Odontológico(s)** apresentada(s);
- (d) Relatórios de evolução do paciente/*Segurado*.

CLÁUSULA DÉCIMA - Tributos

10.1. Nos valores estipulados na *Tabela de Serviços Odontológicos (TPSO)* - **Anexo I** estão inclusos todos os custos necessários à execução dos serviços, bem como os tributos que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre os serviços contratados.

10.2. Todos os tributos que forem devidos em decorrência do presente Contrato ou de sua execução, existentes ou que venham a ser criados, bem como as respectivas majorações, mudanças de base de cálculo ou do período de apuração, reajustes, encargos moratórios e obrigações tributárias acessórias constituem ônus de responsabilidade do respectivo sujeito passivo da obrigação tributária, conforme definido na legislação vigente.

10.3. Em razão do quanto exposto nesta cláusula, não poderá o **REFERENCIADO** cobrar ou repassar, direta ou indiretamente, à **SEGURADORA** quaisquer valores relacionados aos tributos incidentes na execução dos serviços objeto do presente instrumento, ou, ainda, repassar alterações de preços de materiais e/ou insumos de sua atividade, tampouco tributos que venham a ser criados, alterados ou que tenham suas alíquotas de qualquer forma modificadas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Independência das Partes

11.1. Declaram as partes contratantes que este Contrato não estabelece qualquer forma de associação, franquia, parceria, consórcio, *joint-venture*, vínculo empregatício, societário ou solidariedade entre as mesmas, com exceção das expressamente dispostas neste instrumento, tampouco confere às partes permissão para praticar quaisquer atos, contratar ou assumir obrigações em nome da outra parte.

11.2. As partes reconhecem expressamente que não existe nenhum vínculo trabalhista entre as mesmas, de qualquer natureza, competindo a cada uma, particularmente e com exclusividade, o cumprimento das suas respectivas obrigações trabalhistas e previdenciárias, na forma da lei. Todavia, se, apesar disto, vier a ser declarada judicialmente a existência de vínculo trabalhista, em caráter solidário ou subsidiário ou por outra forma, em decorrência de qualquer ação ou reclamação proposta por profissional direta ou indiretamente relacionada à execução do presente Contrato, a responsabilidade será da parte que tiver empregado ou contratado o profissional.

11.3. Na hipótese da parte não empregadora ou contratante ser compelida ao pagamento de condenação ou transação judicial, em razão do disposto no item 11.2 acima, a outra parte, na qualidade de empregadora ou contratante, compromete-se a indenizar aquela, nos termos da mencionada ordem judicial, somado ao valor das custas judiciais e honorários advocatícios, estes últimos desde já arbitrados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação ou transação, no prazo de 05 (cinco) dias, contado da solicitação nesse sentido.

11.3.1. Sem prejuízo do disposto no item imediatamente acima, obriga-se o **REFERENCIADO** a declarar nos autos de demanda judicial eventualmente proposta por seu empregado ou contratado em face da **SEGURADORA**, na primeira oportunidade, a inexistência de vínculo empregatício entre o reclamante e a **SEGURADORA** e requerer, imediatamente e em consequência, a exclusão desta do pólo passivo da referida demanda, ingressando na referida demanda em sua substituição.

11.3.2. A **SEGURADORA** poderá, a seu exclusivo critério, descontar o valor correspondente as despesas, de que trata o subitem 10.3 acima, de eventuais créditos que o **REFERENCIADO** possua em razão da presente relação contratual, inclusive mediante a retenção dos valores eventualmente devidos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Autorização para Divulgação do Nome do REFERENCIADO

12.1. O **REFERENCIADO** autoriza, desde já, que a **SEGURADORA** utilize o seu nome e/ou denominação em catálogos e materiais de marketing, nos termos dos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigentes e com base na Lei 9.961/00.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Prevenção e Combate a Lavagem de Dinheiro

13.1. As partes declaram expressamente ter pleno conhecimento e comprometem-se à fiel observância das disposições legais concernentes à prevenção e combate às atividades relacionadas com os crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, contida na Lei 9.613/98 e legislação correlata, bem como naquelas emanadas dos Órgãos reguladores dos diversos setores de negócio e atividade, comprometendo-se inclusive a fazê-lo em relação a eventuais alterações posteriores que estas venham a sofrer.

13.1.1. As partes declaram ainda que o inteiro teor da legislação envolvendo a matéria referida no item 13.1 acima é de conhecimento também de seus empregados, prepostos e terceiros em relação aos quais se responsabiliza integralmente pela fiel observância dos dispositivos legais em questão.

13.1.2. Em cumprimento à Legislação descrita no item 13.1 acima, o **REFERENCIADO** apresenta as informações elencadas na Resolução Normativa nº 117 da ANS, de 30 de novembro de 2005, que dispõe sobre a identificação de clientes, manutenção de registros e prevê relação de operações e situações que podem configurar indícios de ocorrência dos crimes previstos na Lei 9.613, de 3 de março de 1998, e dá outras providências.

CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA	
Denominação ou razão social;	

Atividade principal desenvolvida;	
Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);	
Endereço completo (logradouro, bairro, CEP, cidade, estado);	
Número do DDD e telefone;	
Nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores;	
Informar, se for o caso, o nome do(s) controlador(es) que estiver(em) na condição de pessoa politicamente exposta;	
Informações acerca da situação patrimonial e financeira (fornecer Balanço, Balancete ou Declaração emitida por contador).	Faixa de Patrimônio Líquido Anual (situação patrimonial): 1. Sem Patrimônio Líquido () 2. Até 1.200.000,00 () 3. De 1.200.000,01 Até 10.500.000,00 () 4. De 10.500.000,01 Até 60.000.000,00 () 5. Acima de 60.000.000,01 () Faixa de Receita Operacional Bruta Anual (situação financeira): 1. Sem Receita Operacional 2. Até 1.200.000,00 () 3. De 1.200.000,01 Até 10.500.000,00 () 4. De 10.500.000,01 Até 60.000.000,00 () 5. Acima de 60.000.000,01 ()

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Vigência/Resilição/Rescisão

14.1. O presente Termo de Referenciamento vigorará por prazo indeterminado, a contar da data de sua assinatura e, poderá ser denunciado, por qualquer das partes, a qualquer tempo e, sem justificativa de motivos ou interpelação judicial/extrajudicial, mediante simples notificação prévia, escrita e protocolada que deverá ser enviada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, não sendo devida pela resilição nestas circunstâncias qualquer multa ou indenização, mas tão somente os débitos por direito existentes e os originados até o último dia da vigência do referido Termo, pendências estas que subsistirão ao seu final.

14.2. O presente instrumento poderá ser considerado rescindido de pleno direito, por qualquer das partes, a qualquer tempo e sem necessidade de interpelação judicial ou extrajudicial, mediante notificação prévia e expressa, na ocorrência das seguintes hipóteses:

- (a) Recuperação judicial ou extrajudicial requerida, deferida ou decretada, dissolução ou liquidação judicial ou extrajudicial, requerimento ou decretação de falência ou insolvência de qualquer das partes;
- (b) Ocorrência de caso fortuito ou de força maior, assim definidos na legislação vigente, que impeça a execução do Contrato pelo prazo de 30 (trinta) dias consecutivos;
- (c) Insuficiência de desempenho técnico-profissional da **CONTRATADA**;
- (d) Descumprimento por qualquer das partes, das obrigações dispostas neste Contrato e em seu(s) Anexo(s), após notificação prévia para sanar a falha apontada em 05 (cinco) dias, contados do seu recebimento.

14.3. Nos casos das alíneas “a” e “b” do item 14.2 desta cláusula, a rescisão não acarretará ônus às partes, sendo certo que no tocante às alíneas “c” e “d” a parte infratora pagará à parte inocente multa rescisória

concordando com a retroatividade de suas disposições, ratificando-se, pelo presente, todos os atos praticados pelas partes desde o início das tratativas comerciais e contratuais.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Foro

16.1. As partes elegem o Foro da Comarca da Capital de São Paulo/SP como único competente para conhecer e dirimir todas e quaisquer questões oriundas do presente Termo de Referenciamento, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais especial e privilegiado que seja.

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, para o mesmo fim, juntamente com duas testemunhas abaixo nomeadas.

São Paulo, de

de

PORTO SEGURO – SEGURO SAÚDE S/A

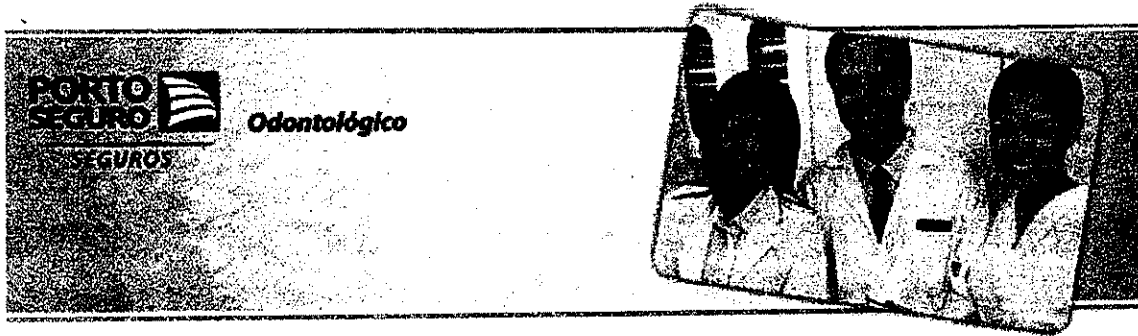
REFERENCIADO:

(obrigatória rubrica em todas as vias do contrato)

Testemunhas:

Nome:
RG:

Nome:
RG:



Prezado(a) Doutor(a):

A PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A é uma empresa do Grupo PORTO SEGURO que há mais de meio século vem se destacando no mercado segurador por trabalhar com excelência em vários segmentos de seguro.

É com imensa satisfação que apresentamos a proposta de credenciamento Porto Seguro Odontológico. A Unidade de Serviço Porto Seguro Odontológico (UPO) para cálculo dos valores da Tabela Porto Seguro de Serviços Odontológicos (TPSO) é **R\$ 0,49**.

Todos os nossos processos são desburocratizados porque toda a nossa Operação é via web, desta forma, o acesso à internet é fundamental.

Além disso, temos também como diferenciais:

- ✓ Autorização on line , com senha de liberação imediata;
- ✓ Pagamento 2 vezes ao mês;
- ✓ Rx inicial e final basicamente para os procedimentos de Endodontia, Cirurgia e Prótese.
- ✓ Canal de comunicação on line.

Documentação Necessária:

Pessoa Física (XEROX SIMPLÉS):

- ✓ RG, CPF e CRO
- ✓ Comprovante atual de endereço do(s) local(is) de atendimento
- ✓ Diploma e Títulos Especialidades.
- ✓ Inscrição na Prefeitura (CCM ou ISS)
- ✓ CNES
- ✓ Alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária, de cada endereço
- ✓ Comprovante de conta corrente em nome do dentista credenciado como titular. Não será aceito conta poupança.
- ✓ **2 vias do contrato com assinatura do dentista que posteriormente serão assinadas pela Porto Seguro e devolvidas e 1 via da ficha cadastral preenchida e assinada. (É IMPRESCINDÍVEL QUE OS DADOS DO PROFISSIONAL SEJAM DIGITADOS NO SEGUNDO PARÁGRAFO DA PRIMEIRA PÁGINA DO CONTRATO, ANTES DE IMPRIMI-LO. ALÉM DISSO TODAS AS PÁGINAS DO CONTRATO DEVEM SER RUBRICADAS).**

Pessoa Jurídica: Além dos documentos acima, enviar:

- ✓ CNPJ
- ✓ Contrato
- ✓ CRO do responsável Técnico e da Pessoa Jurídica
- ✓ Relação com o nome completo, CRO, CNES, CPF, Diploma e Títulos de Especialidades de cada
- ✓ integrante do corpo clínico

- ✓ Comprovante de conta corrente em nome da clínica. Se houver mais de um endereço , cada CNPJ deverá estar vinculado a uma conta corrente.

Endereço para envio da documentação: **A/C Credenciamento Odontológico**
AV: RIO BRANCO 1489 - 7º ANDAR
CAMPOS ELÍSEOS- SÃO PAULO-SP
CEP: 01205-905

TABELA TP50 V2.1.12
OD - DIAGNÓSTICO INICIAL no

72100.0013	72100.0023	72100.0033	72100.0043	72100.0053	72100.0063	72100.0073	72100.0083	72100.0093	72100.0103	72100.0113	72100.0123	72100.0133	72100.0143	72100.0153	72100.0163	72100.0173	72100.0183	72100.0193	72100.0203	72100.0213	72100.0223	72100.0233	72100.0243	72100.0253	72100.0263	72100.0273	72100.0283	72100.0293	72100.0303	72100.0313	72100.0323	72100.0333	72100.0343	72100.0353	72100.0363	72100.0373	72100.0383	72100.0393	72100.0403	72100.0413	72100.0423	72100.0433	72100.0443	72100.0453	72100.0463	72100.0473	72100.0483	72100.0493	72100.0503	72100.0513	72100.0523	72100.0533	72100.0543	72100.0553	72100.0563	72100.0573	72100.0583	72100.0593	72100.0603	72100.0613	72100.0623	72100.0633	72100.0643	72100.0653	72100.0663	72100.0673	72100.0683	72100.0693	72100.0703	72100.0713	72100.0723	72100.0733	72100.0743	72100.0753	72100.0763	72100.0773	72100.0783	72100.0793	72100.0803	72100.0813	72100.0823	72100.0833	72100.0843	72100.0853	72100.0863	72100.0873	72100.0883	72100.0893	72100.0903	72100.0913	72100.0923	72100.0933	72100.0943	72100.0953	72100.0963	72100.0973	72100.0983	72100.0993	72100.1003	72100.1013	72100.1023	72100.1033	72100.1043	72100.1053	72100.1063	72100.1073	72100.1083	72100.1093	72100.1103	72100.1113	72100.1123	72100.1133	72100.1143	72100.1153	72100.1163	72100.1173	72100.1183	72100.1193	72100.1203	72100.1213	72100.1223	72100.1233	72100.1243	72100.1253	72100.1263	72100.1273	72100.1283	72100.1293	72100.1303	72100.1313	72100.1323	72100.1333	72100.1343	72100.1353	72100.1363	72100.1373	72100.1383	72100.1393	72100.1403	72100.1413	72100.1423	72100.1433	72100.1443	72100.1453	72100.1463	72100.1473	72100.1483	72100.1493	72100.1503	72100.1513	72100.1523	72100.1533	72100.1543	72100.1553	72100.1563	72100.1573	72100.1583	72100.1593	72100.1603	72100.1613	72100.1623	72100.1633	72100.1643	72100.1653	72100.1663	72100.1673	72100.1683	72100.1693	72100.1703	72100.1713	72100.1723	72100.1733	72100.1743	72100.1753	72100.1763	72100.1773	72100.1783	72100.1793	72100.1803	72100.1813	72100.1823	72100.1833	72100.1843	72100.1853	72100.1863	72100.1873	72100.1883	72100.1893	72100.1903	72100.1913	72100.1923	72100.1933	72100.1943	72100.1953	72100.1963	72100.1973	72100.1983	72100.1993	72100.2003	72100.2013	72100.2023	72100.2033	72100.2043	72100.2053	72100.2063	72100.2073	72100.2083	72100.2093	72100.2103	72100.2113	72100.2123	72100.2133	72100.2143	72100.2153	72100.2163	72100.2173	72100.2183	72100.2193	72100.2203	72100.2213	72100.2223	72100.2233	72100.2243	72100.2253	72100.2263	72100.2273	72100.2283	72100.2293	72100.2303	72100.2313	72100.2323	72100.2333	72100.2343	72100.2353	72100.2363	72100.2373	72100.2383	72100.2393	72100.2403	72100.2413	72100.2423	72100.2433	72100.2443	72100.2453	72100.2463	72100.2473	72100.2483	72100.2493	72100.2503	72100.2513	72100.2523	72100.2533	72100.2543	72100.2553	72

[illegible]

LEGENDA NEGRO	
ASNI	BOCA TODA
A	ARCADA
D	DENTE
HA	HEMILARCO
S	SEGMENTO



ANEXO I: Tabela de Serviços com Regras Técnicas de Auditoria

Regras Dental PLAN													
Código	Nomenclatura	UD	Longevidade	Faixa etária	dente/região	face	rx inicial	rx final	decíduos	permanentes	Observações gerais		
10	DIAGNÓSTICO										Exclusivamente para exame clínico de diagnóstico e elaboração do plano de tratamento.		
10-001	Consulta Inicial	-	6 meses		ASAI						Deve ser entregue parecer bucal assinado ao paciente e enviada cópia deste parecer para o Setor de Auditoria. Somente repassado quando solicitado formalmente por e-mail pela Dental PLAN.		
10-002	Exame admissional	18,65			ASAI								
11	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA												
11-001	Curativo (Hemorragia e odontalgia aguda)	20,91	1 mês		por dente		X				Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente.		
11-002	Imobilização dentária (por segmento)	20,91	1 mês		por segmento: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPIE, RMID, RIME		X	X			Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente.		
11-003	Recimentação de peça protética	20,91	1 mês		por dente		X				Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente.		
11-004	Coleção de fragmentos	20,91	1 mês		por dente		X				Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente.		
11-005	Tratamento de alveolite	20,91	1 mês		por dente		X				Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente.		
11-006	Incisão e drenagem de abscesso intra ou extra oral	20,91	1 mês		por hemiarco (HSD, HSE, HLD, HLE)		X				Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente.		
11-007	Reimplante de dente avulsionado	20,91	1 mês		por dente		X	X					
12	RADIOLOGIA												
12-001	Radiografia Oclusal	9,09	6 meses		AS, AI		X				Limite de duas radiografias de diagnóstico por consulta inicial / Realizada exclusivamente em clínica radiológica especializada		
12-002	Radiografia Periapical	5,27	6 meses		por dente		X				Limite de duas radiografias de diagnóstico por consulta inicial.		
12-003	Radiografia Bite-wing	5,27	6 meses		por região: RMD, RPYMD, RA, RPYE, RIME		X				Limite de duas radiografias de diagnóstico por consulta inicial.		
12-004	Documentação Otorrinolaringológica	118,18	6 meses		ASAI						Realizada exclusivamente em clínica radiológica especializada		
12-005	Panorâmica	45,45	6 meses		ASAI						Realizada exclusivamente em clínica radiológica especializada		

12-007	Radiografia Periapical para análise de audição	5,27	-		por dente	X				Repassado somente quando solicitado pelo Departamento de Audição da Dental PLAN.
12-015	Levantamento Periapical (boca toda)	48,40	único		ASAI	X				Repassado somente quando solicitado / liberado formalmente por e-mail pelo Departamento de Audição da Dental PLAN.
13	PREVENÇÃO									
13-002	Aplicação tópica de fluor	25,5	6 meses	> de 5 anos e < de 15 anos	ASAI					Inclui profilaxia. Não repassado quando realizado na mesma consulta de procedimentos cirúrgicos (exodontias, etc). Lembramos que a Odontologia Moderna prega que o flúor somente deve ser aplicado quando o paciente não tiver mais nenhum procedimentos a ser feito, ou seja, antes da alta do tratamento.
13-003	Profilaxia	9,48	6 meses	> de 5 anos	AS, AI					Inclui orientação de dieta e higiene bucal + Controle e Evidenciação de placa + Técnicas de Escovação. Lembramos que a Odontologia Moderna indica que a profilaxia seja feita antes ou no final do tratamento do paciente. Antes quando houver necessidade de adequar a boca para o início do tratamento ou no final para dar alta ao paciente.
13-006	Consulta de prevenção odontopediátrica	11,36	6 meses	< de 5 anos	ASAI					Inclui orientação de dieta e higiene bucal + Controle e Evidenciação de placa + Técnicas de Escovação + profilaxia.
14	ODONTOPEDIATRIA									
14-001	Aplicação de carostático	12,84	único	< de 7 anos	por dente			X		Execução exclusiva do odontopediatra. Remuneração apenas quando não houver outros procedimentos de dentística e/ou endodontia programados/realizados nos mesmos dentes. Obrigatório envio do índice CPO-D do paciente.
14-002	Aplicação de selante	11,36	12 meses	< de 12 anos	por dente			X	X	Inclui profilaxia do dente. Remuneração por dente, independente o número de faces.
14-003	Aplicação de selante técnica invasiva	16,35	único	< de 12 anos	por dente			X		Inclui profilaxia do dente. Remuneração por dente, independente o número de faces. Não remunerado em dentes permanentes, em virtude da alta probabilidade de cárie e futura necessidade de restauração.
14-004	Condicionamento odontopediátrico (por sessão)	9,17	6 meses	< de 7 anos	ASAI					Limite máximo de 2 sessões. Execução exclusiva em odontopediatra e somente no início do tratamento quando houver procedimento invasivo ou restaurador a ser realizado, desde que não realizado na mesma consulta do condicionamento.
14-005	Exodontia de dentes decíduos	16,31	único	< de 15 anos	por dente			X		Remuneração por dente, independente o número de faces.
14-006	Resi. Resina Fotopolimerizável em decíduos	26,36	24 meses	< de 15 anos	por dente	X		X		Remuneração por dente, independente o número de faces.
14-007	Restauração de amálgama em decíduos	26,36	24 meses	< de 15 anos	por dente	X		X		Remuneração por dente, independente o número de faces.
14-008	Tratamento endodôntico em decíduo	46,4	único	< de 15 anos	por dente	X	X	X		Remuneração somente em decíduos sem vitalidade ou em casos de insucesso de pulpotomia (mediante envio de laudo).
14-009	Ulotomia	19,13	único		por dente			X		Não repassado quando já houver procedimento restaurador indicado na região.
14-012	Remineralização de esmalte (por sessão)	1	6 meses	< de 12 anos	por dente			X		Limite de 3 sessões por paciente.
14-013	Adequação do meio bucal (ART)	15,00	único	> 4 anos e < 12 anos	por dente			X		Procedimento remunerado somente em dentes decíduos e somente quando não existir planejamento anterior ou futuro de restauração.
14-019	Coroa de Acelato	60,00	único	< de 12 anos	por dente	X	X	X		Radiografias incluídas no procedimento.

[illegible]

16-009	Gengivite (Raspagem, alisamento e polimento coronário)	2,88	6 meses	> 8 anos	por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPIE, RMID, RMIE					O limite são de dois segmentos por arcada para haver liberação de profilaxia. Caso sejam pedidos 3 segmentos, a profilaxia desta arcada já está inclusa no procedimento.
16-010	Tratamento do processo agudo (tratamento do abscesso periodontal)	10,13	6 meses	> de 15 anos	por dente	X				Inclui profilaxia e raspagem coronária radicalar.
16-011	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada (raspagem supra e sub gengival)	12,51	3 meses	> de 15 anos	por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPIE, RMID, RMIE	X				O limite são de dois segmentos por arcada para haver liberação de profilaxia. Caso sejam pedidos 3 segmentos, a profilaxia desta arcada já está inclusa no procedimento. Radiografia inclusa no procedimento.
16-012	Gengivite (Raspagem, alisamento e polimento coronário e radicalar)	4,36	6 meses	> de 15 anos	por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPIE, RMID, RMIE					O limite são de quatro segmentos (por boca toda).
16-016	Cunha distal	71,06	único	> de 15 anos	por dente	X			X	Só será considerado se a remoção do excesso de gengiva for feita no último dente posterior.
17	CIRURGIA									
17-001	Aveciplastia/ Avelotomia	52	único		por dente					Remunerado apenas quando associado à exodontia múltipla.
17-002	Amputação radicalar c/ obturação retrograda	69,68	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-003	Amputação radicalar s/ obturação retrograda	64,4	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-004	Apicectomia bitoradicular	80,42	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-005	Apicectomia c/ obturação retrograda	90	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-006	Apicectomia titoradicular	86,04	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-007	Apicectomia titoradicular c/ obturação retrograda	96,73	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-008	Apicectomia unitoradicular	68,13	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-009	Apicectomia unitoradicular c/ obturação retrograda	78,18	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-010	Biópsia de cavidade bucal	31,91	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)					Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, excluindo-se despesas com exames histopatológicos.
17-011	Cirurgia de torus e/ou tuberculidades bilaterais	67,11	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)	X	X			
17-012	Cirurgia de torus e/ou tuberculidades unilaterais	55,62	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)	X	X			
17-013	Cirurgia de torus mandibular bilateral	67,11	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)	X	X			Radiografias incluídas no procedimento.
17-014	Cirurgia de torus mandibular unilateral	55,62	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)	X	X			Radiografias incluídas no procedimento.
17-015	Cirurgia de torus palatino	61,25	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)	X	X			Radiografias incluídas no procedimento.
17-016	Correção de bridas	59,55	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)					
17-017	Dentes inclusos	77,76	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-018	Dentes semi-inclusos	39,91	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-019	Excisão de mucócele	40,22	único		ASAI					
17-020	Excisão de rânula	63,82	único		ASAI					

17-021	Exodontia a retalho	32,45	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-022	Exodontia de dentes permanentes (simples)	25,82	único		por dente	X	X	X		Radiografias incluídas no procedimento. Em casos de pré molares indicados para exodontia por razões ortodônticas, é necessário também o envio do encaminhamento do ortodontista. Casos de exodontias realizadas em dentes que poderiam ser conservados através de endodontia, aumento de coroa e/ou prótese, só será repassada a exodontia quando acompanhada de laudo assinado pelo profissional e termo de responsabilidade assinado pelo paciente.
17-023	Exodontia de raiz residual	25,82	único		por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-024	Exodontias múltiplas	40,91	único		por grupo de dentes	X	X		X	Enviar por grupo de dentes (uma única vez). Radiografias incluídas no procedimento.
17-025	Extensão de vestíbulo	58,2	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)					
17-026	Frenectomia labial	30,51	único		AS, AI					É obrigatório o envio do laudo para ser efetuado o repasse. É obrigatório o envio do laudo para ser efetuado o repasse.
17-027	Frenectomia lingual	32,31	único		ASAI					
17-028	Incisão e drenagem de abscesso intra ou extra oral	20,91	6 meses		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)					
17-029	Redução incruenta de fratura alveo-dentária	163,81	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPJE, RMD, RME	X	X			Radiografias incluídas no procedimento.
17-030	Redução cruenta de fratura alveo-dentária	253,31	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPJE, RMD, RME	X	X			Radiografias incluídas no procedimento.
17-031	Sulcoplastia por arcada	58,2	único		AS, AI					
17-032	Ulectomia	19,13	único		por dente					
17-033	Exodontia de dente supra-numerário (incluso)	77,76	único		por hemiarco (HSD, HSE, HID, HIE)	X	X			Radiografias incluídas no procedimento.
17-034	Remoção de hiperplasias	28,32	36 meses		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPJE, RMD, RME					
17-035	Odontoseção (por elemento)	39,91	único		Por dente	X	X		X	Radiografias incluídas no procedimento.
17-036	Cirurgia de Tumor Odontogênico Misto Intra-ósseo (Odontoma e Osteoma)	193,61	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPJE, RMD, RME	X	X			Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
17-037	Tratamento/Cirurgia de Cisto de Desenvolvimento - Ernucação	213,86	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPJE, RMD, RME	X	X			Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
17-038	Tratamento / Cirurgia de Cisto - Marsupialização e Enucleação Final	243,95	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPJE, RMD, RME	X	X			Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.

17-039	Remoção de Corpo Estranho no Selo Maxilar	226,45	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE (apenas superior)	X	X		Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
17-040	Enucleação / remoção cística	36,91	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE, RAS, RAI, RPID, RPIE, RIMD, RMIE	X	X		Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
17-041	Exodontia de dente supra-implante (não incluso)	25,82	único		por hemiarco (HSD, HSE, HHD, HIE)	X	X		Radiografias incluídas no procedimento.
17-042	Tacionamento de raiz para fins protéticos	58,20	único		Por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo de encaminhamento pelo protésista. Somente especialista pode realizar.
17-043	Lapamento de Canho	60,00	único		13, 23	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo de encaminhamento pelo ortodontista. Somente especialista pode realizar.
17-044	Tratamento Cirúrgico de Fístula Buco-sinusal	230,17	único		por segmento: RMSD, RMSE, RPSP, RPSE	X	X		Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
18	ENDODONTIA								
18-001	Pulpotomia	21,51	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. Remunerado apenas quando não houver realização posterior de tratamento endodôntico. Somente remunerado em dentes permanentes jovens com vitalidade ou deciduos com vitalidade.
18-002	Retratamento endodôntico 1 conduto	89,75	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
18-003	Retratamento endodôntico 2 condutos	117,71	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
18-004	Retratamento endodôntico 3 ou mais condutos	162,4	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
18-005	Tratamento endodôntico 1 conduto	75,71	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
18-006	Tratamento endodôntico 2 condutos	105,65	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
18-007	Tratamento endodôntico 3 ou mais condutos	146,4	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
18-008	Clareamento de dentes desvitalizados	50,98	único	> de 15 anos	por dente	X		X	Radiografia incluída no procedimento.
18-009	Remoção de núcleo intraradicular	41,14	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo.
18-017	Tratamento de perfuração	232,60	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. Somente especialista pode realizar.
18-018	Trocas periódicas de Ca(OH) ₂ para casos de reabsorção radicular	9,10	1 mês		por dente	X		X	Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
18-019	Mumificação Pulpar	37,45	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
18-020	Rizectomia	68,71	único		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
19	PROTESE								
19-001	Coroa 3/4 ou 4/5	270,04	60 meses		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
19-002	Coroa de resina acrílica com pino	261,29	60 meses		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
19-003	Coroa em porcelana pura	475,22	60 meses		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
19-004	Coroa metalo-cerâmica	448,98	60 meses		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.
19-005	Coroa provisória em resina pensada	311,55	24 meses		por dente			X	Radiografias incluídas no procedimento.
19-006	Coroa Total metálica	307,42	60 meses		por dente	X	X	X	Radiografias incluídas no procedimento.

19-007	Coroa Veneer	375,27	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-008	Elemento de prótese fixa metalo-cerâmica	448,98	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-009	Elemento de prótese fixa metalo-plástica	376,27	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-010	Faceta laminada de porcelana	473,15	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-011	Jaqueta acrílica nacional	261,29	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-012	Núcleo metálico fundido	174,58	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-013	Placa de mordida miorrelaxante	269,89	único		ASAI					
19-014	Prótese fixa adesiva metalo-cerâmica (tres elementos)	1118,49	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-015	Prótese fixa adesiva metalo-plástica (tres elementos)	897,6	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
19-016	Prótese parcial removível bilateral	750,18	60 meses		por dente				X	É obrigatório o envio do termo de satisfação assinado pelo paciente para ser efetuado o repasse.
19-017	Prótese parcial removível com encaixes	884,53	60 meses		por dente				X	É obrigatório o envio do termo de satisfação assinado pelo paciente para ser efetuado o repasse.
19-018	Prótese removível acrílica provisória	502,44	único		por dente				X	
19-019	Prótese total	876,75	único		por dente					É obrigatório o envio do termo de satisfação assinado pelo paciente para ser efetuado o repasse.
19-020	Prótese Total Imediata	598,27	único		por dente					
19-021	Restauração metálica fundida	250,29	60 meses		por dente	X	X	X	X	Radiografias incluidas no procedimento.
20	ORTODONTIA									
20-001	Aparelho ortodôntico fixo superior e inferior		único							Execução exclusiva por dentista especializado em Ortodontia. Incluido a manutenção mensal do aparelho. Reembolso para o tratamento total
20-002	Aparelho ortodôntico removível		único							Execução exclusiva por dentista especializado em Ortodontia. Incluido a manutenção mensal do aparelho. Reembolso para o tratamento total
20-003	Mensalidade do tratamento ortodôntico	118,18	30 dias		ASAI					

TABELA DE PROCEDIMENTOS SulAmérica Odontológico

Utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

CLÍNICA GERAL

		80	14,00	ASAI	Consiste em exame clínico inicial, elaboração de plano de tratamento e orientação ao paciente sobre este plano de tratamento: opções de tratamento, tempo de tratamento necessário e esclarecimento de dúvidas do paciente. Somente inicie o tratamento após concordância do paciente com este planejamento. A correta orientação nesta fase inicial é fundamental para o sucesso do atendimento ao paciente.
98111116	CONSULTA INICIAL				
98956167	Rx periapical unitária	34	6,34	DENTE	
98957163	Rx interproximal (bite wing)	34	6,34	REGIÃO	
98957260	Rx oclusal	90	18,11	ARCADA	
98119117	CONSULTA DE URGENCIA CLINICA	82	14,35	ASAI	
98141139	Recimentação de peça protética	33	5,78	DENTE	
98831135	COROA PROVISORIA IMEDIATA	135	23,63	DENTE	IF
98824139	Núcleo provisório imediato	180	31,50	DENTE	F
98137131	Contenção de dentes abalados por ação traumática	22	3,85	DENTE	
98130137	Curativo temporário	32	5,60	DENTE	
98160133	Remoção de obturação intraradicular	60	10,50	DENTE	I
98136135	Drenagem de abscesso extra oral	190	33,25	ASAI	
98135139	Drenagem de abscesso intra oral	52	9,10	ASAI	
98136138	Retimplante de dente avulsionado	270	47,25	DENTE	F
98134132	Atendimento de alveolite	47	8,23	DENTE	
98133136	Atendimento de hemorragias pós cirúrgicas	45	7,88	DENTE	
98602136	Atendimento de pericoronarite	90	15,75	ASAI	
98601415	Orientação de higiene bucal - Atividade educativa	107	18,73	ASAI	
98602411	Controle e evidencição de placa bacteriana	120	21,00	ASAI	
98122126	Profilaxia	102	17,85	ASAI	
98302124	Selante em dente decíduo	40	7,00	DENTE	
98308122	Selante em dente permanente	55	9,63	DENTE	
98301128	Aplicação tópica de flúor em odontopediatria	112	19,60	ASAI	
98608410	Aplicação tópica de flúor em adultos	70	12,25	ASAI	
98403230	TESTE DE FLUXO SALIVAR	126	22,05	ASAI	
98300113	Condicionamento psicológico até 05 anos incompletos	150	26,25	ASAI	
98305115	Condicionamento psicológico de 5 a 8 anos	80	14,00	ASAI	
98303120	Orientação aos pais - Atividade educativa	109	19,08	ASAI	
98309129	Adequação do meio bucal	150	26,25	ARCADA	
98304127	Aplicação de carlostático	33	5,78	DENTE	
98307142	Rest em ionômero de vidro 1 face	119	20,83	DENTE	
98555359	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	230	40,25	DENTE	IF
98410130	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	90	15,75	DENTE	
98328140	COROA DE ACO COM MANTENEDOR DE ESPACO	340	59,50	DENTE	
98318152	COROA DE POLICARBONATO	295	51,63	DENTE	

Utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

98308149	Coroa de aço	295	51,63	DENTE	
98305123	Desgaste interproximal	80	14,00	ARCADA	
98306120	Pistas planas	200	35,00	HEMIARCADA	
98544357	Pulpotomia	155	27,13	DENTE	
98307126	Remineralização de esmalte	88	15,40	TERÇO	
98613421	Raspagem supragengival - hemiarco	77	13,48	HEMIARCADA	
98611429	RASPAGEM E POLIMENTO CORONARIO - TERÇO ANTERIOR	48	8,40	TERÇO	
98612425	RASPAGEM E POLIMENTO CORONARIO - TERÇO POSTERIOR	53	9,28	TERÇO	
98622420	RASPAGEM SUB GENGIVAL, COM OU SEM CURETAGEM - TERÇO POSTERIOR	95	16,63	TERÇO	I
98624423	Raspagem subgengival - dente	18	3,15	DENTE	I
98621424	RASPAGEM SUB GENGIVAL, COM OU SEM CURETAGEM - TERÇO ANTERIOR	84	14,70	TERÇO	I
98623427	Raspagem subgengival - hemiarco	137	23,98	HEMIARCADA	I
98614428	Raspagem supragengival - dente	11	1,93	DENTE	
98628410	PREPARO INICIAL DE TRATAMENTO NAO CIRURGICO DE PERIODONTITE AVANÇADA	150	26,25	ASAI	
98623435	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada - hemiarco	159	27,83	HEMIARCADA	I
98621432	TRATAMENTO NAO CIRURGICO DE PERIODONTITE AVANÇADA - TERÇO ANTERIOR	98	17,15	TERÇO	I
98622439	TRATAMENTO NAO CIRURGICO DE PERIODONTITE AVANÇADA - TERÇO POSTERIOR	110	19,25	TERÇO	I
98624431	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada - dente	20	3,50	DENTE	I
98638416	Manutenção de tratamento não cirúrgico de periodontite avançada	125	21,88	ASAI	
98603434	Dessensibilização de colo - hemiarco	105	18,38	HEMIARCADA	
98604430	Dessensibilização de colo - dente	20	3,50	DENTE	
98605437	Dessensibilização de colo - sextante	70	12,25	TERÇO	
98633422	Gengivectomia e/ou gengivoplastia - hemiarco	231	40,43	HEMIARCADA	
98635425	Gengivectomia e/ou gengivoplastia - sextante	154	26,95	TERÇO	
98634429	Gengivectomia e/ou gengivoplastia - dente	60	10,50	DENTE	
98678418	Condicionamento pré cirúrgico - preparo inicial	155	27,13	ASAI	
98643436	Cirurgia a retalho - hemiarco	402	70,35	HEMIARCADA	I
98645439	Cirurgia a retalho - sextante	268	46,90	TERÇO	I
98668412	Troca do curativo pós cirúrgico	115	20,13	DENTE	
98605410	Ajuste oclusal	120	21,00	ASAI	
98674439	Aumento de coroa clínica	245	42,88	DENTE	IF
98652435	CUNHA DISTAL	150	26,25	TERÇO	
98654438	Enxerto gengival livre	220	38,50	DENTE	
98644432	Enxerto pediculado	230	40,25	DENTE	
98436228	Excisão de tecido sem suporte no rebordo alveolar	145	25,38	TERÇO	
98437224	Excisão de hiperplasia	155	27,13	TERÇO	
98607413	Imobilização dentária	40	7,00	DENTE	
98688413	Manutenção de cirurgia óssea	160	28,00	ASAI	
98604414	Modelos de estudo e montagem em articulador	138	24,15	ASAI	

98603418	Placa miorrelaxante	572	100,10	ARCADA	
98603132	Remoção de corpo estranho	50	8,75	TERÇO	
98251155	CLASSE I REST. 1 FACE - RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	120	21,00	DENTE	
98252151	CLASSE II REST. 2, 3 FACES - RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	170	29,75	DENTE	
98253158	CLASSE III REST. 1 FACE - RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	155	27,13	DENTE	
98254154	CLASSE IV REST. DE ANGULO - RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	205	35,88	DENTE	
98255150	CLASSE V REST. 1 FACE - RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	126	22,05	DENTE	
98262157	CLASSE II TIPO TUNEL REST. 2 FACES - RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	140	24,50	DENTE	
98505319	Capramento pulpar direto	30	5,25	DENTE	
98211145	CLASSE I REST. 1 FACE AMALGAMA	94	16,45	DENTE	
98212141	CLASSE II REST. 2 FACES - AMALGAMA	137	23,98	DENTE	
98222147	CLASSE II REST. 3 FACES - AMALGAMA	165	28,88	DENTE	
98225146	CLASSE V REST. 1 FACE - AMALGAMA	93	16,28	DENTE	
98256130	COLAGEM DE FRAGMENTOS	190	33,25	DENTE	
98260154	PARAFUSOS OU PINOS RETENTORES	70	12,25	DENTE	
98265156	RESTAURACAO DE SUPERFICIE RADICULAR	125	21,88	DENTE	
98511327	TRATAMENTO ENDODONTICO EM INCISIVOS E CANINOS	378	66,15	DENTE	IF
98522337	TRATAMENTO ENDODONTICO EM PRE MOLARES	537	93,98	DENTE	IF
98533347	TRATAMENTO ENDODONTICO EM MOLARES	770	134,75	DENTE	IF
98512323	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	450	78,75	DENTE	IF
98523333	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	658	115,15	DENTE	IF
98534343	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	962	168,35	DENTE	IF
98508318	Clareamento de dente anterior desvitalizado	165	28,88	DENTE	1
98453220	Apicetomia unirradicular	300	52,50	DENTE	IF
98509314	Reconstrução de parede coronária para isolamento	50	8,75	DENTE	
98504312	Remoção de núcleo intrarradicular fraturado	175	30,63	DENTE	
98507311	Remoção de peça protética (prótese e/ou núcleo)	96	16,80	DENTE	1
98566350	TRATAMENTO DE DENTE EM PROCESSO DE RIZOGENESE	540	94,50	DENTE	IF
98544349	TRATAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR	260	45,50	DENTE	IF
98411136	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	138	24,15	DENTE	
98414216	Exodontia de dente com inclusão óssea ou impactado	570	99,75	DENTE	IF
98425218	Exodontia de dente com inclusão óssea profunda	820	143,50	DENTE	IF
98423215	Exodontia de dente com inclusão sub mucosa	460	80,50	DENTE	IF
98413210	Exodontia de dente semi incluso	260	45,50	DENTE	IF
98415131	Exodontia de raiz residual de dente permanente	90	15,75	DENTE	
98412213	Exodontia a retalho de dente permanente	170	29,75	DENTE	
98418211	EXODONTIA DE DENTE EXTRA NUMERARIO	135	23,63	TERÇO	IF
98459228	Tractionamento cirúrgico de dente incluso	430	75,25	DENTE	1
98416219	REMOCAO DE RAIZ RESIDUAL NO INTERIOR DO SEIO MAXILAR	640	112,00	TERÇO	IF

Utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

98442228	ULLECTOMIA	209	36,58	DENTE		
98430220	ULOTOMIA					
98460226	APICECTOMIA MULTIRADICULAR	120	21,00	TERÇO		
98461222	APICECTOMIA MULTIRADICULAR COM OBT. RETROGRADA	400	70,00	DENTE		
98454226	APICECTOMIA UNIRADICULAR COM OBTURACAO RETROGRADA	550	96,25	DENTE		IF
98433229	Sulcoplastia / Extensão de vestibulo	430	75,25	DENTE		IF
98451227	CIRURGIA E CURETAGEM DE FOCOS RESIDUAIS	350	61,25	TERÇO		IF
98132130	Curativo de lesão na mucosa bucal	180	31,50	TERÇO		
98452223	ENUCLEACAO DE CISTO DENTAL	66	11,55	TERÇO		
98401238	EXAME ANATOMO PATOLOGICO PRE OPERATORIO - ODONTO	300	52,50	TERÇO		IF
98434225	Correção de bridas musculares	360	63,00	ASAI		
98435221	Excisão de hiperplasia em palato	145	25,38	TERÇO		
98448226	EXCISAO DE MUCOCLE	280	49,00	RP		
98449222	EXCISAO DE RANULA	300	52,50	ASAI		
98432222	FRENECTOMIA LABIAL	350	61,25	ASAI		
98422227	FRENECTOMIA LINGUAL	145	25,38	ARCADA		I
98471228	MARSUPIALIZACAO DE CISTO DENTAL	145	25,38	ARCADA		
98455222	Alveoloplastia	150	26,25	TERÇO		
98441221	RECONSTRUCAO DO SULCO GENGIVO LABIAL	100	17,50	TERÇO		I
98463225	REDUCAO CRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS	620	108,50	ASAI		
98456229	Cirurgia de tuberosidade do maxilar	536	93,80	TERÇO		
98464221	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS	150	26,25	HEMIARCADA		
98417215	Exodontia de dente extra numerário com inclusão óssea ou Impactado	298	52,15	TERÇO		
98439227	REMOCAO DE CALCULO SALIVAR	560	98,00	TERÇO		
98431226	REMOCAO DE CORPO ESTRANHO EM TECIDO MOLE	250	43,75	RL		IF
98450220	REMOCAO DE CORPO ESTRANHO EM TECIDO OSSEO	88	15,40	TERÇO		
98419218	Exodontia de dente extra numerário com inclusão óssea profunda	250	43,75	TERÇO		I
98458221	Cirurgia de tórus mandibular	852	149,10	TERÇO		IF
98457225	Cirurgia de tórus palatino	500	87,50	HEMIARCADA		
98694430	Hemiseção - Rizotomia	500	87,50	RP		O
98438220	Tratamento cirúrgico de fistula	215	37,63	DENTE		IF
9865437	Cirurgia de defeito ósseo - hemiarco	450	78,75	TERÇO		
9865430	Cirurgia de defeito ósseo - sextante	585	102,38	HEMIARCADA		I
98664433	Cirurgia de defeito ósseo - dente	390	68,25	TERÇO		I
		105	18,38	DENTE		I

Utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

PROTESE

98831623	Elemento provisório	212,8	37,23	DENTE	
98836625	COROA METALOCERAMICA	1840	322,00	DENTE	IF
98833626	COROA METALOPLASTICA	1150	201,25	DENTE	IF
98837621	COROA METALOPLASTICA COM RESINA ESPECIAL	1828,5	319,99	DENTE	IF
98842625	Coroa Veneer	1322,5	231,44	DENTE	IF
98841629	Coroa total metálica	747,5	130,81	DENTE	IF
98806610	Coroa 3/4	684,25	119,74	DENTE	IF
98807617	Coroa 4/5	684,25	119,74	DENTE	IF
98870637	Coroa metalocerâmica sobre implante	4000	700,00	DENTE	IF
98860631	Coroa metaloplástica sobre implante	3143	550,03	DENTE	IF
98830627	Elemento provisório em diastema	103,5	18,11	DENTE	IF
98821628	Núcleo metálico fundido	460	80,50	DENTE	IF
98823620	NUCLEO PRE-FABRICADO	178,25	31,19	DENTE	IF
98825623	NUCLEO ARTICULADO EM MOLARES	500,25	87,54	DENTE	IF
98824627	Núcleo de preenchimento para prótese	213,9	37,43	DENTE	IF
98802615	Restauração metálica fundida	678,5	118,74	DENTE	IF
98822616	Inlay / onlay em resina	690	120,75	DENTE	IF
98882619	INLAY - ONLAY EM CERAMICA	1897,5	332,06	DENTE	IF
98835629	Coroa oca em porcelana	1782,5	311,94	DENTE	IF
98832620	Coroa oca em resina	644	112,70	DENTE	IF
98834622	Coroa oca em resina especial	1207,5	211,31	DENTE	IF
98864637	Pôntico em diastema	920	161,00	TERÇO	IF
98863630	Pôntico metalocerâmico	1782,5	311,94	DENTE	
98862634	Pôntico metaloplástico	1311	229,43	DENTE	
98861638	Pôntico higiênico	575	100,63	DENTE	
98877640	Prótese parcial removível	1978	346,15	ARCADA	
98872648	Prótese parcial removível provisória	563,5	98,61	ARCADA	
98893653	Prótese total	1725	301,88	ARCADA	
98894650	Prótese total caracterizada	2185	382,38	ARCADA	
98891650	Prótese total imediata	1322,5	231,44	ARCADA	
98892657	GUIA CIRURGICO PARA DENTADURA IMEDIATA	460	80,50	ARCADA	
98890654	RECUPERACAO DE PROTESE REMOVIVEL - RECRULIZACAO E SUBSTITUICAO DE DENTES	1150	201,25	ARCADA	
98899651	CONSERVO DE PROTESE FIXA - SOLDA	333,5	58,36	DENTE	IF
98896652	Conserto de prótese total	276	48,30	ARCADA	
98895656	Reembasamento de prótese total ou parcial removível	529	92,58	ARCADA	
98897659	Reposição de dente em prótese total ou parcial removível	161	28,18	ARCADA	

Utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

DISFUNÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (DTM)

98113119	Consulta de avaliação de DTM	172,5	30,19	ASAI	Somente para procedimentos referenciados na especialidade DTM.
98602446	Placa de DTM	1259	220,33		A utilização deste código já inclui 02 (duas) sessões de ajuste da Placa Mio-relaxante
98662449	PACOTE DE FISIOTERAPIA DE DTM	862	150,85		A utilização deste código inclui aplicação de TENS, alongamentos, laser, RPG. Será liberado um pacote no total de 05 sessões, podendo ser repetido somente mais uma vez por ano.

Estes procedimentos serão liberados para os especialistas cadastrados na SulAmérica.

Sempre que necessário o Referenciado encaminhará o paciente para outras especialidades para continuidade do tratamento.

ESTOMATOLOGIA

98440225	BIOPSIA E EXAME ANATOMO PATOLOGICO	558	97,65	ASAI	Coleta de uma amostra de tecido da cavidade bucal para exame diagnóstico anátomo-patológico. Apresentação de cópia do laudo do exame. Valor inclui a análise laboratorial da peça.
98114115	Consulta de acompanhamento estomatologia	172,5	30,19	ASAI	Somente para referenciados em Estomatologia - referenciado deverá encaminhar para cobrança a justificativa necessária (tipo de lesão e observações)

Estes procedimentos serão liberados para os especialistas cadastrados na SulAmérica.

ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIAIS

98112112	CONSULTA PARA PACIENTES ESPECIAIS	172,5	30,19	ASAI	Somente autorizado conforme Protocolo de atendimento da SulAmérica e apenas uma consulta para cada sessão de atendimento. Para pagamento encaminhar Relatório da SulAmérica: "Solicitação de Informações Complementares - Pacientes Especiais" devidamente preenchido e assinado.

Estes procedimentos serão liberados para os especialistas cadastrados na SulAmérica.

Utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

IMPLANTODONTIA

9843472.1	ENXERTO ÓSSEO	5143	900,03	HEMIARCADA	Inclui membrana biológica e PRP. Válido para enxerto autólogo apenas com área doadora de mandíbula ou maxila. Radiografia inicial deverá ser a panorâmica.
9854472.1	IMPLANTE FASE CIRÚRGICA	3429	600,08	DENTE	Radiografias (IF) : Tempo mínimo de espera após enxerto ósseo de 08 meses para arcada superior e 06 meses para arcada inferior. Inclui reabertura para colocação do cicatrizador. Radiografia inicial deverá ser a Panorâmica
9829472.5	ELEMENTO PROVISÓRIO SOBRE IMPLANTE	343	60,03	DENTE	
9865472.1	COROA METALOCERÂMICA SOBRE IMPLANTE	4000	700,00	DENTE	Radiografias (IF)
9887472.1	COROA METALOPLÁSTICA SOBRE IMPLANTE	3143	550,03	DENTE	Radiografias (IF)
9898472.1	COROA METALOPLÁSTICA PARA PROTOCOLO	2400	420,00	DENTE	Radiografias (IF): Mínimo de 06 elementos por arcada.
9865572.8	COROA METALOCERÂMICA PARA PROTOCOLO	3035	531,13	DENTE	Radiografias (IF): Mínimo de 06 elementos por arcada.
9889572.9	OVERDENTURE	12857	2.249,98	ARCADA	Radiografia Final deverá ser a Panorâmica
9876472.1	CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO - IMPLANTE	80	14,00	ASAI	Intervalo de 06 meses. Descrever o caso clínico no campo 47 do GTO.

Estes procedimentos serão liberados para os especialistas cadastrados na SulAmérica.

ORTODONTIA & ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

9870156.8	ESTUDO E PLANEJAMENTO	95	16,63	ASAI	Compreende diagnóstico realizado através de estudo e análises de modelos e traçados cefalométricos. O planejamento consiste na determinação dos aparelhos a serem utilizados, a sequência e etapas de tratamento.
9874551.4	Manutenção mensal - removível	240	48,30	ASAI	
9875552.8	MANUTENCAO MENSAL - TOTAL FIXO	335	67,42	ASAI	
9875252.9	Placa de contenção superior	590	118,74		
9875352.5	ARCO DE CONTENCAO (3 A 3)	173	34,82		

OBSERVAÇÕES

Estes procedimentos serão liberados para os especialistas cadastrados na SulAmérica.

> Para o início de Tratamento Ortodôntico é necessário o envio do Plano de Tratamento juntamente com o Relatório Informando a disfunção ortodôntica do paciente, os aparelhos a serem utilizados, o tempo previsto e o prognóstico do caso. Também encaminhar cópia do traçado cefalométrico e cópia do laudo.

utilize estes códigos para realizar a liberação dos Tratamentos Odontológicos

CLINICA RADIOLOGICA

98951165	Rx panorâmico	136	28,52	ASAI	
98958569	DOCUMENTACAO ORTODONTICA	545	101,41	ASAI	Panorâmica, Telerradiografia, 2 traçados, 5 fotos (frente, perfil e intra-oral), modelos de estudo, caixa e pasta.
98968564	DOCUMENTACAO ORTOPEDICA	615	114,97	ASAI	Panorâmica, Telerradiografia, 3 traçados, 5 fotos (frente, perfil e intra-oral), análise de modelos, modelos de estudo e de trabalho, caixa e pasta.
98966162	DOCUMENTACAO PERIODONTAL	500	93,79	ASAI	14 Periapicais dos arcos dentários, 04 Interproximais, até 05 fotos, modelos de estudo, pasta e caixa.
98707566	FORNECIMENTO DOS TRACADOS EM DISQUETE	70	12,25	ASAI	
98956167	Rx periapical unitária	34	6,34	No. Dente	Na GTO identificar o número do dente a ser radiografado
98957163	Rx interproximal (bite wing)	34	6,34	REGIÃO	Na GTO identificar a região a ser radiografada
98957260	Rx oclusal	90	18,11	ASAI	
98955160	RADIOGRAFIA PERIAPICAL - POR ARCADEA	185	34,74	ARCADA	07 Radiografias dos dentes de uma arcada. Na GTO identificar a arcada (Arcada Superior : AS / Arcada Inferior: AI)
98959565	Rx de mãos e punhos	115	21,44	ASAI	
98955263	Técnica de localização radiográfica	120	21,79	ASAI	Radiografia para avaliação espacial da estrutura (altura, largura e profundidade) - Técnicas de Clark, Miller-Winter e Donovan.
98960261	Rx de ATM bilateral (três posições)	185	37,10	ASAI	Em oclusão cêntrica, boca aberta em repouso e abertura máxima.
98961268	Rx de ATM bilateral (duas posições)	135	26,77	ASAI	Em oclusão cêntrica e boca aberta
98960563	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ATM	131	26,05	ASAI	Em oclusão cêntrica e posição de repouso
98962264	Rx lateral de corpo de mandíbula	128	24,76	ASAI	
98954563	Telefrontal pósterio-anterior	155	28,44	ASAI	
98964569	TELEPERFIL COM ANALISE COMPUTADORIZADA	160	29,31	ASAI	
98953567	Teleperfil com um traçado	150	28,87	ASAI	
98952560	Teleperfil sem traçado	128	23,71	ASAI	
98965565	Traçado adicional	45	7,88	ASAI	
98706560	FOTOGRAFIA OU SLIDE - ADICIONAIS	30	5,25	ASAI	O Prestador que quiser fotos e/ou slides adicionais deverá indicar qual a posição e justificar o pedido.
98703560	FOTOGRAFIAS E SLIDES, CONJUNTO	150	26,25	ASAI	Frete, Perfil e Intra-oral: Caso o prestador necessite de slides além das fotos relacionadas na documentação terá que justificar a solicitação.
98702564	Modelos de estudo	102	17,85	ASAI	Modelos de gesso para planejamento de tratamento Ortodôntico. Não liberado em conjunto com outras documentações.
98704567	Modelos de trabalho	80	14,00	ASAI	Modelo em gesso no qual se confecciona o aparelho
98951173	RADIOGRAFIA PANORAMICA - SAUDE BUCAL ATIVA	136	28,52	ASAI	Código específico para ser utilizado por indicação da SulAmérica
98984179	RADIOGRAFIA PANORAMICA PARA AUDITORIA	136	28,52	ASAI	
98982176	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL BITEWING, P AUDITORIA	34	6,34	REGIÃO	Na GTO identificar a região a ser radiografada
98981170	RADIOGRAFIA PERIAPICAL PARA AUDITORIA	34	6,34	No. Dente	Na GTO identificar o número do dente a ser radiografado
98985175	FOTOS E SLIDES PARA AUDITORIA - CONJUNTO	125	21,88	ASAI	Frete, Perfil e Intra-oral
98983172	RADIOGRAFIA OCCLUSAL PARA AUDITORIA	90	18,11	ASAI	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- 1 Somente inicie o tratamento após concordância do paciente com este planejamento. A correta orientação nesta fase inicial é fundamental para o sucesso do atendimento ao paciente
- 2 As liberações de tratamento são realizadas via WEB no site da SulAmérica
- 3 As co-participações dos pacientes / segurados, quando houverem, são descontadas em folha de pagamento, não devendo ser cobrados valores adicionais dos pacientes
- 4 Nas Guias de Tratamento Odontológicas liberadas há informação sobre o valor de co-participação dos segurados. Sempre informe ao segurado o valor desta co-participação antes do início do tratamento e solicite a concordância do paciente, pois este valor será descontada em folha de pagamento do mesmo.



Bradesco
Dental

TUSS - TABELA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Tabela de Equivalência - IN 42 DIDES

Prezado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, estabeleceu a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implementação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação ao Credenciado para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados.

Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínico Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados.

Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	81.000.065	Consulta odontológica inicial	0018	9,25	13,22
17	82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	216	15,45	19,31
17	85.200.034	Pulectomia	224	12,35	24,70
17	85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos	232	12,49	12,49
17	82.001.650	Tratamento de alveolite	240	15,00	15,00
17	85.100.048	Colagem de fragmentos dentários	257	16,10	23,00
17	82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral do abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	265	15,30	32,98
17	82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral do abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	273	12,40	13,78
17	82.001.251	Reimplante dentário com contensão	281	18,03	25,75
17	81.000.049	Consulta odontológica de Urgência	299	13,22	13,22
17	81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	307	13,22	13,22
17	82.001.707	Ulectomia	1016	13,22	13,22
17	83.000.089	Exodontia simples de decíduo	1024	13,52	19,31
17	82.000.875	Exodontia simples de permanente	1032	15,80	26,33
17	82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados	1040	80,05	100,06
17	82.000.034	Alveoloplastia	1057	24,43	44,41
17	82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	1065	52,66	52,66
17	82.000.190	Apicodançamento/aumento de vestibulo	1073	24,13	40,22
17	82.000.883	Franulectomia labial	1081	14,04	35,10
17	82.000.913	Frenulectomia lingual	1099	19,66	49,14
17	82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar	1123	29,63	40,20
17	82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	1149	53,78	53,78

TUSS - TABELA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Tabela de Equivalência - IN 42 DIDES

Prezado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS estabelecida em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implantação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados.

Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínico Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados.

Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	82.000.298	Briceclonita	1172	30,70	43,87
17	82.001.553	Tratamento cirúrgico da hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	1180	33,70	33,70
17	82.000.239	Biópsia de boca	1198	33,70	33,70
17	82.001.510	Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal	1206	67,39	67,39
17	82.000.794	Exérese ou excisão de mucoccele	1214	42,68	42,68
17	82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	1222	56,16	56,16
17	82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	1230	44,83	44,83
17	82.001.502	Tractionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	1248	150,00	150,00
17	82.001.489	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	1263	22,46	22,46
17	85.500.062	Guia cirúrgico para implante	1271	78,62	78,62
17	82.000.816	Exodontia a retalho	1305	29,64	31,20
17	82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	1321	96,00	96,00
17	82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	1339	48,00	48,00
17	82.000.859	Exodontia de raiz residual	1628	15,80	28,33
17	81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	1644	50,23	50,23
17	82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	1651	33,70	33,70
17	82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	1909	37,50	37,50
17	82.001.049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	1925	500,00	500,00
17	82.000.581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	1933	550,00	550,00
17	82.000.620	Enxerto com osso ilioficializado	1941	150,00	150,00
17	82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	1966	53,78	53,78



Bradesco
Dental

Prezado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, estabeleceu a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implantação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo, estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação ao Credenciado para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados.

Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínica Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados.

Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	81.000.090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	2329	13,22	13,22
17	85.100.021	Clareamento dentário caseiro	2261	150,00	150,00
17	85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	2147	73,06	73,06
17	85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face	2014	12,63	15,79
17	85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces	2279	17,60	22,00
17	85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces	2030	26,51	26,51
17	85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces	2048	29,87	29,87
17	85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	2113	18,04	18,04
17	85.100.166	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	2287	14,70	21,00
17	85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	2295	19,20	24,00
17	85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	2303	23,00	23,00
17	85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	2139	26,57	33,21
17	85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante	2170	2,55	2,55
17	85.300.012	Dessensibilização dentária	2121	8,86	8,86
17	85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo	2345	13,45	13,45
17	85.400.262	Pino pré fabricado	2105	4,54	4,54
17	81.000.421	Radiografia periapical	3012	3,54	7,07
17	81.000.375	Radiografia interproximal - bite-wing	3020	3,54	3,54
17	81.000.294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodentico)	3038	86,07	86,07
17	81.000.405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	3046	33,13	33,13
17	81.000.480	Teleradiografia com traçado cefalométrico	3053	25,34	25,34
17	81.000.537	Traçado Cefalométrico	3061	12,48	12,48
17	81.000.340	Radiografia de ATM	3079	23,13	23,13



Bradesco
Dental

Prezado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, estabeleceu a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implantação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação ao Credenciado para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados. Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínica Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados. Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na		
			Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	81.000.324	Radiografia antero-posterior	3087	24,24	24,24
17	81.000.367	Radiografia da mão e punho - carpal	3095	26,44	26,44
17	81.000.383	Radiografia oclusal	3145	6,17	15,42
17	81.000.510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	3327	120,00	120,00
17	81.000.529	Tomografia convencional – linear ou multi-direcional	3368	50,00	50,00
Odontologia					
17	83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	4036	32,02	40,03
17	83.000.100	Mantenedor de espaço removível	4044	55,55	55,55
17	83.000.097	Mantenedor de espaço fixo	4051	66,66	66,66
17	83.000.020	Coroa de aço em dente decíduo	4077	41,12	41,12
17	81.000.014	Condicionamento em Odontologia	4093	15,03	15,03
17	84.000.074	Aplicação de selante de fósforos e fissuras	4127	7,16	11,94
17	85.200.042	Pulpotomia	4135	19,70	21,88
17	85.100.080	Restauração traumática em dente permanente	4150	8,60	8,60
Pediatria					
17	84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal	5025	13,25	15,59
17	84.000.201	Remineralização	5041	5,98	5,98
17	84.000.198	Profilaxia: polimento coronário	5058	14,03	15,59
17	84.000.090	Aplicação tópica de flúor	5066	15,73	19,66
17	84.000.244	Teste de fluxo salivar	5074	6,42	6,42
Ortopedia					
17	85.400.394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	6015	115,69	115,69
17	85.400.416	Prótese total imediata	6023	208,47	208,47
17	85.400.408	Prótese total	6031	270,82	270,82
17	85.400.491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediató (em laboratório)	6056	70,90	70,90



Bradesco
Dental

TUSS - TABELA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Tabela de Equivalência - IN 42 DIDES

Prazado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Salarial da ANS, estabeleceu a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implantação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação ao Credenciado para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados. Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínica Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados.

Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	85.400.033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	6064	37,74	37,74
17	85.400.068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	6072	19,38	19,38
17	85.400.386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	6098	332,90	332,90
17	85.400.092	Coroa total acrílica prensada	6106	87,86	87,86
17	85.400.173	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	6114	211,97	211,97
17	85.400.149	Coroa total metálica	6122	140,75	140,75
17	85.400.220	Núcleo metálico fundido	6148	70,41	70,41
17	85.400.084	Coroa provisória sem pino	6155	20,08	20,08
17	85.400.556	Restauração metálica fundida	6171	109,20	109,20
17	85.400.343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	6189	209,59	209,59
17	85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	6205	20,48	20,48
17	85.400.211	Núcleo de preenchimento	6221	30,22	30,22
17	85.400.505	Remoção de trabalho protético	6239	7,60	7,60
17	85.400.335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	6247	334,31	334,31
17	85.400.157	Coroa total metalo cerâmica	6254	334,22	334,22
17	81.000.308	Modelos ortodônticos	6262	20,12	20,12
17	85.400.319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	6270	334,41	334,41
17	85.400.548	Restauração em cerâmico - inlay	6296	220,00	220,00
17	85.400.106	Coroa total em cerâmica pura	6445	334,22	334,22
17	85.400.114	Coroa total em cerâmico	6460	220,00	220,00
17	85.400.190	Facela em cerâmico	6478	220,00	220,00
17	85.400.181	Facela em cerâmica pura	6486	334,22	334,22
17	85.400.327	Prótese parcial fixa em cerâmico livre de metal (metal free)	6494	240,00	240,00
17	85.400.513	Restauração em cerâmica pura - inlay	6502	334,31	334,31
17	85.100.072	Placa de Aço para Clareamento Caseiro	6510	40,00	40,00



Bradesco
Dental

TUSS - TABELA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Tabela de Equivalência - IN 42 DIDES

Prezado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, estabeleceu a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implantação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação ao Credenciado para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados.

Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínica Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados.

Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	82.000.980	Implante ósseo integrado	6528	500,00	500,00
17	85.500.038	Coroa total metal cerâmica sobre implante	6536	700,00	700,00
17	85.400.246	Órtese mioelaxante (placa occlusal estabilizadora)	6544	120,02	120,02
17	85.500.089	Manutenção de prótese sobre implantes	6551	35,00	35,00
17	82.001.324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	6569	45,00	45,00
17	85.500.097	Overdenture barra clipe ou ring sobre dois implantes	6577	800,00	800,00
17	85.500.160	Protocolo Branemark para 4 implantes	6601	4800,00	4800,00
Relação de Equivalência					
17	82.000.921	Gengivectomia	7039	6,46	12,92
17	82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada	7054	40,50	40,50
17	85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes	7062	18,54	30,90
17	82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	7070	66,92	66,92
17	85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	7088	13,78	13,78
17	82.001.073	Odonto-seção	7096	28,83	28,83
17	82.000.212	Aumento de coroa clínica	7104	19,71	49,28
17	85.300.039	Raspagem sub-gengival/aliseamento radicular	7112	12,48	15,60
17	82.000.689	Enxerto pediculado	7120	32,40	32,40
17	82.000.557	Curta proximal	7179	23,87	23,87
17	85.300.047	Raspagem supra-gengival	7203	23,87	23,87
17	85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	7245	25,10	25,10
Endodontia					
17	85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular	8011	58,24	78,80
17	85.200.140	Tratamento endodôntico bimirradicular	8029	81,26	101,58
17	85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular	8037	120,48	150,60
17	85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular	8045	78,62	98,27



Bradesco
Dental

TUSS - TABELA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Tabela de Equivalência - IN 42 DIDES

Prezado Credenciado

Em conformidade com a Instrução Normativa – IN no. 42 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, estabeleceu a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS para procedimentos odontológicos, e em cumprimento a referida Norma, estamos iniciando o processo de implantação da nova terminologia.

Como primeira etapa do processo estamos disponibilizando no Site do Credenciado uma tabela com a relação de equivalência entre os códigos da TUSS e os códigos da Bradesco Dental incluindo descrições, atributos e valores dos serviços da Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Dental – TSO.

Esta tabela visa exclusivamente a informação para conhecimento e adaptação à nova terminologia e não deverá ser utilizada no momento para a cobrança dos procedimentos realizados.

Novas orientações serão disponibilizadas para o início da utilização dos códigos da TUSS na Guia de Tratamento Odontológico – GTO e demais transações entre a Operadora e o Credenciado.

No caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com a Central de Atendimento nos telefones: 400-2751 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 701 2751 (outras localidades). Horário: Segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 e sábados das 8:00 às 12:00.

Atenciosamente,

Diretoria Clínica Operacional

Orientações Gerais

A Tabela de equivalência visa apenas a informação do credenciado conforme define a Norma da ANS e não deve ser utilizada nesse momento para a cobrança dos tratamentos realizados.

Novas orientações serão enviadas para a utilização dos novos códigos conforme os prazos definidos na Norma da ANS em referência.

Tabela	Código	Procedimentos	Código na		
			Bradesco Dental	Valor R\$ Rede Essencial	Valor R\$ Rede Premium
17	85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular	8052	110,22	137,78
17	85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular	8060	154,98	193,72
17	85.200.077	Remoção de núcleo intraradicular	8078	15,44	17,16
17	85.100.013	Capejamento pulpar direto	8086	7,92	7,92
17	85.100.030	Clareamento dentário de consultório	8110	34,68	34,68
17	82.000.182	Aplicetomia unirradiculares sem obturação reitôgrafa	8128	43,72	72,86
17	82.000.174	Aplicetomia unirradiculares com obturação reitôgrafa	8136	50,14	83,56
17	82.000.085	Aplicetomia birradiculares sem obturação reitôgrafa	8144	48,02	80,04
17	82.000.077	Aplicetomia birradiculares com obturação reitôgrafa	8151	55,39	92,32
17	82.000.166	Aplicetomia multirradiculares sem obturação reitôgrafa	8169	57,39	95,65
17	82.000.158	Aplicetomia multirradiculares com obturação reitôgrafa	8177	62,47	104,11
17	85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica	8193	45,36	45,36
17	85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	8227	7,92	7,92

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Aval. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$
1º - EXAME CLÍNICO					
110-9	81000065	Consulta odontológica inicial	Uma a cada seis meses com o mesmo profissional.		30,00
120-6	81000049	Consulta odontológica de Urgência	Urgência Noturna. Em dias úteis, das 22:00 às 06:00 horas. Anotar data e horário de atendimento na Guia. A Guia deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência.		43,00
130-3	81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria			30,00
140-0	140-0	Falta Não Justificada			30,00

2º - RADIOLOGIA					
210-5	81000421	Radiografia periapical			7,50
220-2	81000375	Radiografia interproximal - bite-wing			7,50
225-3	81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodentico)	Mínimo 10 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Um a cada 12 meses.		75,00
230-0	81000383	Radiografia oclusal			15,50
240-7	81000430	Radiografia pósterio-anterior			35,00
250-4	81000340	Radiografia da ATM	três incidências por lado		74,50
260-1	81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)			35,00
301-2	81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	Para Implantes.		45,00
270-9	81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico			48,00
280-6	81000472	Telerradiografia			38,50
290-3	81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	Com laudo de identificação de idade óssea		38,50
295-4	295-4	Documentação Científica Completa (Kit Ortodôntico)	Pasta com Telerradiografia com traçado, Panorâmica, Fotos e/ou Slides e Modelos ortodônticos. Uma única vez, para início do tratamento ortodôntico, ou quando solicitado pelo Auditor.		130,00
300-4	81000308	Modelos ortodônticos	Uma única vez, para início do tratamento ortodôntico, ou para fins de Auditoria intermediária ou final, quando solicitado pelo Auditor.		39,50
90003500	90003500	Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM Volumétrica	Uma por ano. Somente com laudo justificando a necessidade e autorização administrativa. Os laudos/exames devem ser encaminhados ao Auditor na ocasião da auditoria do plano de tratamento		250,00
90003519	90003519	Tomografia Odontológica CONE BEAM - Região ou Equivalente a um Hemi-arco - Volumétrica	Uma por ano. Somente com laudo justificando a necessidade e autorização administrativa. Os laudos/exames devem ser encaminhados ao Auditor na ocasião da auditoria do plano de tratamento		150,00
90003527	90003527	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 1 Arco Dental - Volumétrica	Uma por ano. Somente com laudo justificando a necessidade e autorização administrativa. Os laudos/exames devem ser encaminhados ao Auditor na ocasião da auditoria do plano de tratamento		200,00
90003535	90003535	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 2 Arcos Dentários - Volumétrica	Uma por ano. Somente com laudo justificando a necessidade e autorização administrativa. Os laudos/exames devem ser encaminhados ao Auditor na ocasião da auditoria do plano de tratamento		350,00
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE			1- Radiografias que não permitirem boa visualização do caso, e/ou com baixa qualidade de processamento, serão glosadas. 2- No caso de Auditoria, todas as radiografias devem ser enviadas para o Auditor. 3- Para efeitos de carência, só pode ser realizado um dos procedimentos de códigos 90003519, 90003527 ou 90003535, por ano.		

3º - PREVENÇÃO					
510-4	84000198	Profilaxia: polimento coronário	Por Arco Dental. Uma a cada seis meses.		20,00
610-0	84000090	Aplicação tópica de flúor	Boca toda. Uma a cada seis meses.		20,00
612-7	84000139	Atividade educativa em saúde bucal	Uma a cada 12 meses.		20,00
631-3	85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental	Por Arco Dental. Inclui raspagem de pequenas quantidades de cálculo, sem bolsas periodontais e remoção de excessos de restaurações. Não pode ser cobrado concomitantemente com "Raspagem supra-gengival, Raspagem sub-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho". Uma a cada seis meses.		18,00
613-5	84000244	Teste de fluxo salivar			22,00
614-3	84000031	Aplicação de carlostático	Boca toda.		25,00
611-9	84000201	Remineralização	Remineralização de Manchas Brancas Ativas - Por Arco Dental (tratamento completo). Inclui Profilaxia local, Aplicação de Verniz com Flúor (mínimo duas sessões). Necessidade de Auditoria Inicial (Perícia) somente. Uma a cada seis Meses.	INICIAL	60,00

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Aval. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$
620-8	84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	Somente para dentes decíduos e dentes permanentes erupcionados a até dois anos. Para pacientes com mais de 14 anos ou para mais de quatro elementos há a necessidade de Auditoria (Perícia). Uma a cada 12 meses.		30,00

5 - ODONTOPEDIATRIA (SEM RESTRIÇÃO DE IDADE EXCETO EM CASOS PREVISTOS)

700-0	83000020	Coroa de acetato em dente decíduo			65,00
711-5	83000046	Coroa de aço em dente decíduo			65,00
712-3	83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo			65,00
720-4	83000127	Pulpotomia em dente decíduo	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia).		60,00
730-1	83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia). Não utilizar para pulpotomias.		75,00
740-9	83000089	Exodontia simples de decíduo			30,00
750-6	83000097	Mantenedor de espaço fixo	Um a cada doze meses. Necessidade de Auditoria inicial e final.		140,00
751-4	83000100	Mantenedor de espaço removível	Um a cada doze meses. Necessidade de Auditoria inicial e final.		140,00
780-8	81000014	Condicionamento em Odontologia	Por sessão. Máximo duas sessões.		40,00
781-6	781-6	Restauração Preventiva	Resina + Ionômero		44,00

6 - DENTÍSTICA (É OBRIGATORIA A IDENTIFICAÇÃO DO DENTE E FACES ENVOLVIDAS)

910-0	85100099	Restauração de amálgama - 1 face			40,00
920-7	85100102	Restauração de amálgama - 2 faces			46,00
930-4	85100110	Restauração de amálgama - 3 faces			51,00
931-2	85100129	Restauração de amálgama - 4 faces			57,00
971-1	85100048	Colagem de fragmentos dentários	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.		50,00
981-9	85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face			42,00
982-7	85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces			46,00
983-5	85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces			51,00
984-3	85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces			57,00
985-1	85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		44,00
986-0	986-0	Recuperação de Restauração em Amálgama (Por Elemento)			42,00
987-8	987-8	Recuperação de Restauração em Resina Fotopolimerizável (Por Elemento)			42,00
990-8	85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Inclui possíveis restaurações proximais ou dois ângulos.		65,00

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE
 1- As restaurações devem ser cobradas de acordo com o número de faces restauradas, independentemente do número de preparos cavitários.
 2- Não serão permitidas as substituições de restaurações por motivos puramente estéticos.

7 - ENDODONTIA

2.010-3	85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias de odontometria e final já incluídos.		110,00
2.020-0	85200140	Tratamento endodôntico birradicular	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias de odontometria e final já incluídos.		125,00
2.030-8	85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias de odontometria e final já incluídos.		210,00
2.050-2	85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias de odontometria e final já incluídos.		122,00
2.060-0	85200093	Retratamento endodôntico birradicular	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias de odontometria e final já incluídos.		158,00
2.070-7	85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias de odontometria e final já incluídos.		265,00
2.100-2	85200077	Remoção de núcleo intrarradicular			55,00
2.119-3	85200123	Tratamento de perfuração endodôntica			82,00
2.121-5	85200018	Clareamento de dente desvitalizado	Por sessão. Somente para dentes anteriores. Máximo 3 sessões.		45,00

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Avál. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR RS
2.122-3	85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	Por Sessão. Máximo três sessões. Exclui o pagamento de Consulta (cód 110-9) a partir da 2ª sessão. Em caso de Avaliação Técnica, apresentar RX Inicial e Final.		45,00
2.123-1	85100013	Capeamento pulpar direto	Tratamento expectante. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), apresentar RX Inicial obrigatório. RX incluso. Excluindo a restauração final.		40,00
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE			1- Radiografias inicial e final estão incluídas no procedimento. Será permitida, no máximo, a cobrança de mais duas radiografias, por dente, desde que elas sejam efetivamente necessárias e estejam anexadas (todas) à FAO. 2- Canais obturados parcialmente serão glosados. 3- Encaminhar as radiografias inicial e final, junto com a cobrança, para a ITAIPU, de todos os casos onde não foi realizada a Auditoria (Perícia).		

7- PERIODONTIA (É OBRIGATORIA A IDENTIFICAÇÃO DO SEGMENTO TRATADO)

3004-4	85300047	Raspagem supra-gengival	Por Segmento. Sulco até quatro mm. Para pequenas quantidades de cálculo, utilizar o código 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental. Uma por semestre. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem sub-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em um mesmo segmento. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor, para confirmação de medição de bolsas.	SIM	19,00
3005-2	85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	Por Segmento. Bolsas Acima de quatro mm. Uma por semestre. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem supra-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em um mesmo segmento. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor, para confirmação de medição de bolsas.	SIM	33,00
3006-0	3006-0	Manutenção trimestral de tratamento periodontal (boca toda)	1. Procedimento único na Guia, mediante autorização prévia do plano; 2. Trimestral, restrita a pacientes com alto risco de doença periodontal, bolsas profundas e sangramento espontâneo ou exsudato; 3. Inclui raspagem supra e subgengival de bolsas, profilaxia, remoção de fatores de retenção, orientação de higiene bucal, evidencição de placa, aplicação tópica de flúor; 4. Necessita de relatório contendo identificação do paciente, diagnóstico, o período solicitado e o prognóstico; 5. Não poderá ser concomitante os demais Tratamentos Não Cirúrgicos Periodontais e Profilaxia; 6. Se houver necessidade de cirurgia periodontal, este procedimento não poderá ser cobrado no mesmo trimestre.	SIM (somente para aprovação e determinação do período a ser liberado)	135,00
3.050-8	85300012	Dessensibilização dentária	Por Segmento. Somente em regiões com hipersensibilidade comprovada. Exclui a aplicação de flúor pós raspagem. Independentemente do número de sessões realizadas. Uma a cada 6 meses por segmento.	SIM	23,00
3.060-5	85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Mínimo três dentes		60,00
3.090-7	85400246	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	Não é permitida a execução de Placas em Silícione. Uma a cada 12 meses. Ajuste da placa faz parte do procedimento.		170,00
3.110-5	82000921	Gengivectomia	Não concomitante com Cirurgia a Retalho e Aumento de Coroa Clínica		70,00
3.111-3	82000212	Aumento de coroa clínica	Não concomitante com os códigos Cirurgia a Retalho e Genvivectomia ou Gengivoplastia.		75,00
3.120-2	82000417	Cirurgia periodontal a retalho	Por Segmento. Não poderá ser concomitante com as Raspagens Supra e Sub-gengivais ou Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental, no mesmo segmento. Uma a cada 6 meses por segmento.	SIM	75,00
3.140-7	82000557	Cunha proximal	Somente em região retro - molar.		70,00
3.151-2	82001073	Odonto-seção	Com manutenção das raízes.		45,00
3153-9	82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Odonto-seção inclusa		61,00
3154-7	82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Odonto-seção inclusa		71,00
3.160-1	82000689	Enxerto pediculado		SIM	71,50
3.170-9	82000662	Enxerto gengival livre		SIM	86,00
3.171-7	85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	Exclui-se o ajuste de próteses e restaurações recém executadas pelo profissional. Uma a cada 12 meses.		48,00

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Av. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$
		OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE	1- Por falta de especificação dos três níveis de atenção periodontal não cirúrgica, na tabela TUSS, consideramos os códigos: a) 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental, equivalente à Terapêutica Periodontal Não Cirúrgica Nível 1; b) 85300047-Raspagem supra-gengival, equivalente à Terapêutica Periodontal Não Cirúrgica Nível Dois. c) 85300048 - Raspagem sub-gengival, equivalente à Terapêutica Periodontal Não Cirúrgica Nível Três; É possível a cobrança de profilaxia e outros procedimentos de prevenção à parte, conforme instruções próprias de cada procedimento. 2- Poderá ser solicitado pelos Auditores, o Periograma e/ou radiografias para a identificação de bolsas periodontais. 3- Só será considerado um segmento, o agrupamento de pelo menos três dentes. Dentes isolados deverão ser agrupados a outro segmento. 4- Segmentos S-1 (18 a 14), S-2 (13 a 23), S-3 (24 a 28), S-4 (38 a 34), S-5 (33 a 43), S-6 (44 a 48). 5- Nas intervenções cirúrgicas estão previstos a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios. 6- Não será autorizada mais de uma cirurgia por segmento, sem a avaliação do Auditor. 7- Não será autorizada Raspagem Supra ou Sub Gingival e Cirurgia a Retalho em um mesmo segmento, concomitantemente. 8-Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica (Perícia) Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica. 9- Se um ato cirúrgico for parte integrante de outro, será pago apenas o ato principal e não a somatória do conjunto.		

8- PROTESE E OBRIGATORIO A IDENTIFICACAO DO ELEMENTO DENTAL TRATADO

4.010-4	81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	Por arcada - Modelos de Estudo com enceramento progressivo. Se o enceramento for realizado em somente uma arcada, só poderá ser cobrada uma vez, sendo o modelo antagonista parte inerente do procedimento - Montagem em articulador semi-ajustável - Somente para Próteses fixas com mais de 5 elementos. Os modelos encerrados devem ser enviados para a Auditoria (Perícia) Inicial do plano de tratamento protético, sob risco de glosa.	SIM	50,00
4.040-6	85400556	Restauração metálica fundida	Uma a cada 60 meses.	SIM	170,00
4.048-1	85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	Mínimo tres faces. Uma a cada 60 meses.	SIM	430,00
4.049-0	85400530	Restauração em cerômero - onlay	Mínimo tres faces. Uma a cada 36 meses.	SIM	315,00
4.050-3	85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	Mínimo 3 faces. Uma a cada 60 meses.	SIM	430,00
4.051-1	85400548	Restauração em cerômero - inlay	Mínimo 3 faces. Uma a cada 36 meses.	SIM	315,00
4.052-0	85400190	Faceta em cerômero	Uma a cada 36 meses.	SIM	315,00
4.053-8	85400181	Faceta em cerâmica pura	Uma a cada 60 meses.	SIM	430,00
4.060-0	85400505	Remoção de trabalho protético	Não será paga a remoção dos trabalhos protéticos já removidos, antes da Auditoria. Desgaste com brocas.	SIM	35,00
4.070-8	85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Não é necessária a Avaliação Técnica (Perícia) quando realizada como procedimento único. Exclui a recolocação de provisórias.		27,00
4.080-5	85400220	Núcleo metálico fundido	Comprovar p/ RX Inicial e Final. Um a cada 60 meses.	SIM	90,00
4.081-3	85400262	Pino pré fabricado	Núcleo pré fabricado em fibra de vidro ou de carbono (exclui Pino Davis). Necessário RX final para verificação do espaço para o pino (comprimento e posição). Um a cada 60 meses.	SIM	45,00
4.082-1	85400211	Núcleo de preenchimento	Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente. Necessário RX para comprovação.	SIM	44,00
4.090-2	85400076	Coroa provisória com pino	Não é necessária a Avaliação Técnica (Perícia) quando realizada como procedimento único. Exclui a recolocação de provisórias. Uma a cada seis meses.		85,00
4.091-0	85400084	Coroa provisória sem pino	Não é necessária a Avaliação Técnica (Perícia) quando realizada como procedimento único.		80,00
4.120-8	85400092	Coroa total acrílica prensada	Não é válida como provisória. Um a cada 36 meses.	SIM	140,00
4.121-6	85400114	Coroa total em cerômero	Uma a cada 36 Meses	SIM	315,00
4.130-5	85400106	Coroa total em cerâmica pura	Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 60 meses.	SIM	500,00
4.140-2	85400157	Coroa total metalo cerâmica	Uma a cada 60 meses.	SIM	460,00
4.150-0	85400165	Coroa total metalo plástica - cerômero	Uma a cada 60 meses.	SIM	300,00
4.160-7	85400149	Coroa total metálica	Uma a cada 60 meses.	SIM	180,00
4.190-9	85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	Por elemento. Válida para ponticos sobre implantes. Uma a cada 60 meses.	SIM	470,00
4.200-0	85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	Por elemento. Válida para ponticos sobre implantes. Uma a cada 60 meses.	SIM	305,00
4.220-4	85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	Uma a cada 60 meses.	SIM	600,00
4.230-1	85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	Uma a cada 60 meses.	SIM	560,00
4.231-0	85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	Reforço em fibra incluso. Uma a cada 36 Meses	SIM	490,00
4.240-9	85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos		SIM	275,00
4.250-6	85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	Uma a cada 36 Meses	SIM	560,00

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	INSTRUÇÕES	Avaliação Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$
4.260-3	85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	Uma a cada 36 Meses	SIM	590,00
4.270-0	4.270-0	Encaixe Macho ou Fêmea (por encaixe)		SIM	168,00
4.300-6	85400408	Prótese total	Dentes nacionais de alta qualidade, acrílico rosa ou incolor, caracterização de gengivas- sistema Thomas Gomes. Uma a cada 36 Meses	SIM	530,00
4.310-3	85400416	Prótese total imediata		SIM	330,00
4.320-0	85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	Não é necessária a Avaliação Técnica (Perícia) quando realizada como procedimento único.		95,00
4.321-9	4.321-9	Ponto de Solda	Um para cada tres elementos unidos. Somente para próteses fixas com quatro ou mais elementos.		35,00
4.380-4	85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	Não é necessária a Avaliação Técnica (Perícia) quando realizada como procedimento único.		80,00
4.381-2	85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	Não é necessária a Avaliação Técnica (Perícia) quando realizada como procedimento único.		80,00
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE			1- Não terão Cobertura os serviços de Próteses de quaisquer outros tipos, sobre o mesmo elemento dentário, realizados em prazo inferior à carência indicada à época do último procedimento feito. 2- Não terão cobertura as próteses fixas em "cantilever" (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias. 3- Enviar as radiografias iniciais e finais das próteses para a Auditoria.		

9 - CIRURGIA AMBULATORIAL

5.010-0	82000875	Exodontia simples de permanente	Inclui extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios		55,00
5.020-7	82000816	Exodontia a retalho	Dentes semi-inclusos ou exodontia executada por via não alveolar. Inclui abertura do retalho, extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios	SIM	65,00
5.030-4	82000859	Exodontia de raiz residual	Inclui extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios.		55,00
5.200-5	82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Inclui e a extração do dente, odontosecção se necessária, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	150,00
5.040-1	82000034	Alveoloplastia	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas;	SIM	75,00
5.060-6	82000239	Biópsia de boca	Incisional. Somente o procedimento da biópsia. Se a lesão for retirada completamente (biópsia excisional), deve ser cobrado o código correspondente ao procedimento Ex: Excisão de mucocele etc.	SIM	85,00
5.070-3	82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	Por Arcada	SIM	100,00
5.080-0	82000395	Cirurgia para torus palatino		SIM	105,00
5.090-8	82000387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral		SIM	85,00
5.100-9	82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral		SIM	105,00
5.110-6	82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	130,00
5.120-3	82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	138,00
5.130-0	82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	150,00
5.140-8	82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	160,00
5.150-5	82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	180,00
5.160-2	82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	200,00
5.170-0	82000883	Frenulectomia labial			80,00
5.180-7	82000891	Frenulectomia lingual			80,00
5.190-4	82000298	Bridectomia	Por Arcada		80,00
5.210-2	82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	150,00
5.220-0	82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	145,00
5.300-1	82000808	Exérese ou excisão de rânula		SIM	88,00
5.320-6	82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	90,00
5.340-0	82000794	Exérese ou excisão de mucocele		SIM	88,00

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
VIGÊNCIA: 06/10/2011

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Avil. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$
5.450-4	82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial			50,00
5.451-2	82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial			55,00
5.660-4	82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Incluída a imobilização temporária		108,00
5.670-1	82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Incluída a imobilização temporária		60,00
5.680-9	82001251	Reimplante dentário com contenção	Incluída a imobilização temporária		96,00
5.800-3	82001430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial	Quando realizada em consultório, sob anestesia local. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	88,00
5.830-5	82001707	Ulectomia			54,00
5.832-1	82001715	Ulotomia			54,00
5.831-3	82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	150,00

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

- 1- As cirurgias listadas acima, são exclusivamente ambulatoriais. Se houver a necessidade técnica de realização em ambiente hospitalar, as despesas hospitalares e de anestesia deverão ser arcadas pelo beneficiário, sem interferência do plano.
- 2- Com a finalidade de isonomia, as cirurgias de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Ortognáticas devem ser cobradas utilizando a tabela médica (CBHPM) e as mesmas regras vigentes para o plano médico. Utilizar Guia de Tratamento Odontológico com a codificação CBHPM.
- 3- Não serão cobertas as cirurgias complexas de Osteotomia e Osteoplastia com finalidade de implantodontia.
- 4- Devem ser enviadas as radiografias iniciais e finais para a Auditoria do plano.
- 5- Nos casos de cirurgias eletivas, é obrigatório o envio de pelo menos dois orçamentos do material de fixação a ser utilizado, sem a indicação de marca comercial. O hospital envia os orçamentos para o plano, para aprovação prévia.

10. ORTODONTIA

6.010-5	86000055	Aparelho extra bucal	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	199,00
6.011-3	86000144	Arco (lingual)	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.020-2	86000195	Botão de Nance	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.021-0	86000152	Barra transpalatina fixa	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.022-9	86000160	Barra transpalatina removível	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.030-0	86000535	Placa lábio-ativa	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.040-7	86000470	Placa de Hawley - com torno expensor	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	245,00
6.050-4	86000560	Quadrihélice	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	220,00
6.060-1	86000314	Grade palatina fixa	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	170,00
6.070-9	86000322	Grade palatina removível	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	97,00
6.080-6	6.080-6	Aparelho para pequenos movimentos	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.071-7	86000284	Distalizador tipo Jones Jlg	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	172,00
6.072-5	86000462	Placa de Hawley	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	122,00
6.081-4	86000551	Plano Inclinado	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	366,00
6.090-3	86000390	Mentoneira	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	366,00
6.100-4	6.100-4	Ortopedia funcional dos maxilares - por arcada	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	490,00
6.110-1	86000098	Aparelho ortodôntico fixo metálico	Total, por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	440,00
6.120-9	86000110	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	Parcial por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	4.050,00
6.121-7	6.121-7	Ortodontia Integral	Em 30 parcelas de R\$ 135,00, conforme regulamento específico.	SIM	319,00
6.122-5	86000330	Herbst encapsulado	Fixo, único, atua em ambas as arcadas. Exclusivamente para casos de pacientes Classe II, que não colaboram no uso de aparelhos móveis	SIM	253,00
6.123-3	86000225	Disjuntor palatino - Hiras		FINAL	253,00
6.131-4	86000233	Disjuntor palatino - Macnamara		FINAL	55,00
6.130-6	86000373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		68,00
6.140-3	86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		30,00
6.141-1	6.141-1	Falta não justificada a Manutenção Ortodôntica	Informar data e hora da falta.		

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Avál. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$

11 - IMPLANTODONTIA

11.A - FASE CIRÚRGICA

6.200-0	82000620	Enxerto com osso liofilizado	Considerar Um enxerto para até dois implantes. Necessidade de indicação dos dentes e arcada. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente comprovada pelo perito. Não é cabível em casos de reposição, com osso retirado da área do implante. Exclusivo para Implantes. Limitado a 4 por arcada.	SIM	201,00
6.201-9	82001243	Regeneração tecidual guiada - RTG	Exclusivo para Implantes. Considerar até dois implantes contíguos como um só elemento. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente comprovada pelo Avaliador. Limitado a quatro por arcada. Desde que não concomitante com o código 6.213-2 (PRP)	SIM	196,00
6.202-7	82000980	Implante ósseo integrado	Limitado a quatro elementos por arcada.	SIM	690,00
6.212-4	82000964	Implante ortodôntico	Limitado a dois elementos por paciente.	SIM	150,00
6.213-2	6.213-2	PRP - Plasma rico em plaquetas	Desde que não concomitante com o código 82001243 (Regeneração tecidual guiada - RTG).	SIM	196,00
6.214-0	82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal. Para efeitos administrativos, equivale a dois procedimentos de código 82000620. Para levantamento de seio pela técnica de Summers, utilizar o código 82000620 (Enxerto com osso liofilizado), mesmo que não seja utilizado osso liofilizado.	SIM	400,00
6.217-5	82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo	Para efeitos administrativos, equivale a dois procedimentos de código 82000620. Para levantamento de seio pela técnica de Summers, utilizar o código 82000620 (Enxerto com osso liofilizado), mesmo que não seja utilizado osso liofilizado.	SIM	400,00
6.215-9	6.215-9	Enxerto ósseo em bloco (autógeno ou não autógeno) - por segmento	Limitado a dois segmentos por arcada. Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal e parafuso de fixação. Para efeitos administrativos, equivale a dois procedimentos de código 6200-0.	SIM	450,00

11.B - FASE PROTÉTICA (DEMAIS COMPONENTES NECESSÁRIOS, INCLUSIVE NO PREÇO DOS PROCEDIMENTOS)

6204-3	85500070	Intermediário protético (para implantes)	As UCLAs calcináveis e a sobre-fundição do munhão, estão inclusas no valor da Coroa Metalo-Cerâmica e da Coroa Metalo-Plástica sobre Implante, não podendo ser utilizado este código. Parafuso incluso. Limitado aos quatro implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 36 meses.	SIM	R\$ 195,00
6205-1	6205-1	Attachment bola por elemento	Limitado aos quatro implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 36 meses.	SIM	R\$ 110,00
6206-0	6206-0	O'ring para prótese total por elemento	As eventuais substituições dos anéis de silicone ou similares não são cobertas pelo plano.	SIM	R\$ 70,00
6207-8	6207-8	Barra/clipe para apoio de prótese total	Inclui a barra e os clips. Uma para cada dois implantes.	SIM	R\$ 270,00
6208-6	85400130	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerômero	Limitado aos quatro implantes pagos pelo plano por arcada. Uma a cada 36 meses. Já inclui os componentes necessários para sua execução e o fechamento dos parafusos. Não pode ser utilizado como prótese provisória.	SIM	R\$ 350,00
6203-5	85500038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	Limitado aos quatro implantes pagos pelo plano por arcada. Já inclui os componentes necessários para sua execução e o fechamento dos parafusos. Uma a cada 60 meses.	SIM	R\$ 500,00
6216-7	85500011	Coroa provisória sobre implante	Não pode ser cobrada na mesma guia que a prótese definitiva. Limitado aos quatro implantes pagos pelo plano, por arcada. Somente para casos de carga imediata com motivo estético devidamente justificado, quando a provisória for permanecer por pelo menos três meses em posição. Já inclui os componentes necessários para sua execução.	SIM	R\$ 130,00
6210-8	85500100	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O'ring ou Barra clipe). Uma a cada 36 meses.	SIM	R\$ 530,00
6211-6	85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes	Inclui: quatro a seis ucias + barra fundida + montagem de dentes + acrílização + boca de dentes nacionais de alta qualidade + quatro a seis análogos + quatro a seis ucias calcináveis + quatro a seis parafusos. Uma a cada 60 meses.	SIM	R\$ 2.730,00

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1- Não serão cobertas as cirurgias complexas de Osteotomia e Osteoplastia com finalidade de implantodontia.

2- Os ossos humanos utilizados para enxertos, adquiridos de bancos de ossos oficiais, terão seus custos cobertos integralmente pelo beneficiário, sem interferência da ITAIPU, os demais casos estão contemplados no valor do procedimento.

3- Não serão pagos os tratamentos realizados de forma diferente do que foi avaliado pelos auditores.

CÓDIGO ITAIPU	CÓDIGO TUSS	DESCRIPTIVO TUSS	INSTRUÇÕES	Aval. Técnica (Perícia) OBRIGATORIA	VALOR R\$
12 - URGÊNCIA					
3.051-6	85200034	Pulpectomia	Consiste na abertura de câmara pulpar, remoção da polpa, e curativo de demora. Não pode ser cobrado em caso de continuidade do tratamento endodôntico pelo mesmo profissional.		R\$ 45,00
3.052-4	82001650	Tratamento de alveolite	Consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário e aplicação de medicamento. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional.		R\$ 40,00
3.053-2	82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Consiste na curetagem, sutura no alvéolo dentário e aplicação de hemostático. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional.		R\$ 40,00
3.057-5	82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Consiste na curetagem e sutura do alvéolo dentário. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional.		R\$ 35,00
3.054-0	3.054-0	Procedimentos De Urgência (Não Descritos Na Tabela)	Somente com a descrição do motivo do atendimento (diagnóstico e medida aplicada) descritos na FAO. Pagamento sujeito a análise e aprovação pelo plano, quanto ao motivo descrito.		R\$ 35,00

13 - DISFUNÇÃO DA ATM					
3.058-3	82001197	Redução simples de luxação de Articulação Temporomandibular (ATM)	Procedimento ambulatorial.		R\$ 50,00
3.055-9	3.055-9	Manutenção de tratamento de disfunção de ATM	Inclui ajuste de placa, fisioterapia da ATM e/ou pequenos ajustes oclusais. Mensal, restrita a pacientes com diagnóstico de Disfunção de ATM. Necessita relatório contendo prognóstico e período solicitado. Mediante autorização prévia do plano.	SIM	R\$ 45,00

INSTRUÇÕES GERAIS					
1- Todos os tratamentos acima de R\$ 300,00 devem passar por Avaliação Técnica (Perícia) obrigatoriamente.					
2- Os Avaliadores Técnicos realizarão a avaliação da restauração de forma, função e estética e longevidade do elemento dental ou implante, profundidade de bolsas, e adaptação de próteses, condições que possam interferir no sucesso do tratamento proposto, levando em conta as regras básicas de prevenção. Deverão indicar aos profissionais quaisquer fatos relevantes à preservação da saúde do elemento dentário e tecidos bucais, não observadas pelo profissional em seu plano de tratamento, a qualquer momento, em laudo sigiloso.					
3- Os tratamentos que contenham procedimentos cuja Avaliação Técnica (Perícia) seja obrigatória, devem ser avaliados tecnicamente, de forma completa, independentemente do valor total do tratamento.					
4- Não é permitido o desmembramento do tratamento.					
5- Devem ser encaminhadas todas as radiografias utilizadas para diagnóstico e formação do plano de tratamento, para a Avaliação Técnica (Perícia) Inicial. Também, as necessárias para a comprovação de realização e observação da qualidade dos serviços prestados, para a Avaliação Técnica (Perícia) Final. Serão glosadas as radiografias com baixa qualidade de processamento.					
6- Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica (Perícia) Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica.					



Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – Odontologia da Fundação Copel

Vigência 01/01/2011

DIAGNÓSTICO

Exame Clínico

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
2	131	Avaliação técnica: Auditoria Inicial e Final por solicitação do beneficiário		29,00	Neste caso serão debitadas integralmente do funcionário responsável
	81000030	Consulta odontológica		29,00	Cobrar quando houver falta no atendimento sem aviso prévio, neste caso serão debitadas integralmente do funcionário responsável
	81000065	Consulta odontológica inicial		29,00	Uma a cada seis meses, com o mesmo profissional.
	81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria		29,00	As auditorias, inicial e final, devem preferencialmente ser realizadas pelo mesmo profissional.

Radiologia

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
52	330	Documentação Ortodôntica Básica		120,00	Inclui panorâmica, telerradiografia c/ análise cefalométrica, modelos de estudo c/ discrepância, 5 slides, 5 fotos, Caixa para modelos, pasta para as fichas. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)		75,00	Mínimo 10 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000340	Radiografia da ATM		47,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000367	Radiografia da mão e punho - carpal		28,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000375	Radiografia interproximal - bite-wing		7,50	
	81000383	Radiografia oclusal		13,50	
	81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)		27,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico		32,00	Para implantes. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000421	Radiografia periapical		7,50	
	81000472	Telerradiografia		27,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico		32,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	333	Tomografia Odontológica CONE BEAM – 1 Arco Dental - Volumétrica		150,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação



52					da Auditoria e Autorização administrativa.
	332	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 1 ou 2 Elementos Dentários - Volumétrica		110,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
	334	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 2 Arcos Dentários - Volumétrica		300,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
	331	Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM - Duas Posições - Volumétrica		180,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.

OBS.:

1. Radiografias que não permitam a boa visualização do caso e/ou com baixa qualidade de processamento serão glosadas;
2. No caso de necessidade de Auditoria, enviar todas as radiografias para o Auditor;

PREVENÇÃO

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
52	660	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro		32,00	
	670	Adequação do meio bucal com IRM		27,00	
	84000031	Aplicação de carostático	Boca toda	25,00	
	84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Elemento	21,00	Para pacientes acima de 14 anos, ou para mais de quatro elementos, necessidade de auditoria inicial e final.
	84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	Elemento	20,00	Para pacientes acima de 14 anos, ou para mais de quatro elementos, necessidade de auditoria inicial e final.
	84000090	Aplicação tópica de flúor	Boca toda	25,00	Uma a cada seis meses.
	84000139	Atividade educativa em saúde bucal	-	25,00	Orientação de higiene bucal e dieta. Uma a cada seis meses.
	84000198	Profilaxia: polimento coronário	Boca toda	45,00	Uma a cada seis meses;
	84000201	Remineralização	Boca Toda	60,00	Inclui profilaxia local, aplicação de verniz com flúor. No mínimo, duas sessões. Necessidade de auditoria inicial, somente.
	85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental	Boca toda	30,00	Inclui raspagem de pequenas quantidades de cálculo, sem bolsas periodontais. Não pode ser cobrado concomitantemente com "Raspagem supra-gengival, Raspagem sub-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho". Uma a cada seis meses.



52	84000244	Teste de fluxo salivar	-	22,00	

ODONTOPEDIATRIA

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
52	85100013	Capeamento pulpar direto	Elemento	30,00	Excluindo restauração final
	83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	Por peça	55,00	Necessidade de auditoria inicial e final.
	83000046	Coroa de aço em dente decíduo	Por peça	55,00	
	83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Por peça	55,00	
	83000089	Exodontia simples de decíduo	Elemento	30,00	
	83000097	Mantenedor de espaço fixo	Por peça	120,00	Um a cada doze meses. Necessidade de auditoria inicial e final.
	83000100	Mantenedor de espaço removível	Por peça	120,00	Um a cada doze meses. Necessidade de auditoria inicial e final.
	86000551	Plano inclinado	Por peça	73,00	Um a cada doze meses
	84000201	Remineralização		60,00	
	85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	Elemento	44,00	
	690	Restauração preventiva (ionômero + selante ou ionômero + resina)	Elemento	44,00	
	83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Elemento	75,00	

DENTISTICA

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
52	85100048	Colagem de fragmentos dentários	Elemento	50,00	
	85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável		65,00	Inclui possíveis restaurações proximais e borda incisal.
	85400211	Núcleo de preenchimento	Elemento	44,00	Somente em dentes com canais tratados. As bases de restaurações fazem parte dos respectivos procedimentos.
	85400262	Pino pré fabricado	Elemento	45,00	Fibra de vidro ou fibra de carbono. Excluindo a restauração
	85100099	Restauração de amálgama - 1 face		35,00	
	85100102	Restauração de amálgama - 2 faces		42,00	
	85100110	Restauração de amálgama - 3 faces		47,00	
	85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	4 ou mais faces	55,00	
	85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face		40,00	
	85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces		44,00	



52	85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces		48,00	
	85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	4 ou mais faces	54,00	

OBS.:

1. As restaurações devem ser cobradas de acordo com o número de faces restauradas, independente do número de preparos cavitários;
2. Não serão permitidas as substituições de restaurações por motivos puramente estéticos

ENDODONTIA

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
52	85100013	Capeamento pulpar direto		40,00	Excluindo restauração final.
	85200018	Clareamento de dente desvitalizado	Elemento	72,00	Necessidade de auditoria inicial e final.
	85200026	Preparo para núcleo intrarradicular		18,00	Somente para endodontistas, no caso da não realização do núcleo pelo próprio profissional.
	85200034	Pulpectomia		42,00	Somente para os casos de não haver continuidade do tratamento com o mesmo profissional.
	85200042	Pulpotomia		60,00	Dentes deciduos ou permanentes.
	85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	Elemento	45,00	
	85200093	Retratamento endodôntico birradicular		158,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.
	85200107	Retratamento endodôntico multirradicular		265,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.
	85200115	Retratamento endodôntico unirradicular		122,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.
	85200123	Tratamento de perfuração endodôntica		82,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.
	85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	Sessão	41,50	Necessidade de auditoria inicial e final. Exclui-se o pagamento de consulta a partir da 2ª sessão.
	85200140	Tratamento endodôntico birradicular		125,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.
	85200158	Tratamento endodôntico multirradicular		210,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.
	85200166	Tratamento endodôntico unirradicular		110,00	Em caso de auditoria, apresentar RX inicial e final.

OBS.:

1. Radiografias incluídas, exceto as de diagnóstico e final, em todos os casos acima;
2. Canais obturados parcialmente, sem justificativa, serão glosados;



PERIODONTIA

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
52	82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Elemento	71,00	Odonto-seção inclusa
	82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Elemento	61,00	Odonto-seção inclusa
	82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	Arcada	70,00	Necessidade de auditoria inicial e final.
	82000212	Aumento de coroa clínica	Segmento	70,00	Não poderá ser concomitante com a Cirurgia Periodontal a Retalho no mesmo segmento. Necessidade de auditoria inicial e final.
	82000417	Cirurgia periodontal a retalho	Segmento	75,00	Não poderá ser concomitante com as Raspagens Supra e Sub-gengivais, no mesmo segmento. Necessidade de auditoria inicial e final.
	82000557	Cunha proximal		70,00	Somente em região retro- molar.
	85300012	Dessensibilização dentária	Segmento	20,00	Independente do número de sessões, necessidade de auditoria inicial e final. Somente para as regiões onde for relatada a hipersensibilidade. Necessidade de auditoria inicial.
	82000662	Enxerto gengival livre	Segmento	80,00	Necessidade de auditoria inicial e final.
	82000689	Enxerto pediculado	Segmento	72,00	Necessidade de auditoria inicial e final.
	82000921	Gingivectomia	Segmento	70,00	Não poderá ser concomitante com a Cirurgia Periodontal a Retalho no mesmo segmento. Necessidade de auditoria inicial e final.
	85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes		55,00	Mínimo 3 dentes
	3230	Manutenção trimestral do tratamento periodontal	Boca toda	150,00	1. Procedimento único na Guia, mediante autorização prévia do plano; 2. Trimestral, restrita a pacientes com alto risco de doença periodontal, bolsas profundas e sangramento espontâneo ou exsudato; 3. Inclui raspagem supra e subgengival de bolsas, profilaxia, remoção de fatores de retenção, orientação de higiene bucal, evidencição de placa, aplicação tópica de flúor. 4. Necessita de relatório contendo identificação do paciente, diagnóstico, o período solicitado e o prognóstico; 5. Não poderá ser concomitante os demais Tratamentos Não Cirúrgicos Periodontais e Profilaxia; 6. Se houver necessidade de cirurgia periodontal, este procedimento não poderá ser cobrado no mesmo trimestre.



52	82001073	Odonto-seção	Elemento	58,00	Com manutenção das raízes.
	85400246	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)		170,00	Somente acrílica. Uma a cada doze meses. Necessidade de auditoria inicial e final.
	85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	Segmento	33,00	Bolsas com mais de 4 mm. Uma por semestre. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem supra-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em um mesmo segmento. Necessidade de auditoria inicial e final.
	85300047	Raspagem supra-gengival	Segmento	19,00	Bolsas até 4 mm. Para pequenas quantidades de cálculo, utilizar o código 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental. Uma por semestre. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem sub-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em um mesmo segmento. Necessidade de auditoria inicial e final.
	82001464	Sepultamento radicular	Por raiz	59,00	
	85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo		40,00	
	85300080	Tratamento de pericoronarite		40,00	

OBS:

- Por falta de especificação dos 3 níveis de atenção periodontal não cirúrgica na tabela TUSS, consideramos os códigos:
 - 85300047 - Raspagem supra-gengival, equivalente ao antigo Tratamento não Cirúrgico de Periodontite Leve;
 - 85300039 - Raspagem sub-gengival / alisamento radicular, equivalente ao antigo Tratamento não Cirúrgico de Periodontite Avançada;
- Poderá ser solicitado pelos auditores, o Periograma, para identificação de bolsas periodontais;
- Só será considerado segmento, o agrupamento de pelo menos 3 dentes. Dentes isolados deverão ser agrupados a outro segmento;
- Segmentos S1 (18 a 14), S2 (13 a 23), S3 (24 a 28), S4 (38 a 34), S5 (33 a 43) e S6 (44 a 48);
- Nas intervenções cirúrgicas estão previstos a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos e acompanhamento pós-operatório;
- Não será autorizada mais de uma cirurgia por segmento concomitantemente;
- Não será autorizada Cirurgia a Retalho e Raspagens supra ou sub-gengivais em um mesmo segmento, concomitantemente;
- Somente encaminhar os pacientes para a Auditoria Final, após a retirada da sutura ou após a alta clínica;
- Se um ato cirúrgico for parte integrante de outro, será pago apenas o ato principal e não a somatória do conjunto.



Prótese – Necessidade de Auditoria Inicial e Final

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
51	85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	Por sessão	40,00	1. Exclui-se o ajuste oclusal em próteses e restaurações recém-executadas; 2. Necessita auditoria inicial e final 3. Máximo de 3 sessões
	4330	Casquete de moldagem		20,00	
	85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)		85,50	Não necessita auditoria(*)
	85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)		85,50	Não necessita auditoria(*)
	85400084	Coroa provisória sem pino	Elemento	70,00	Uma a cada seis meses.
	85400092	Coroa total acrílica prensada	Elemento	130,00	Uma a cada três anos.
	85400106	Coroa total em cerâmica pura	Elemento	410,00	Uma a cada cinco anos.
	85400114	Coroa total em cerômero	Elemento	280,00	Uma a cada três anos.
	85400149	Coroa total metálica	Elemento	160,00	Uma a cada três anos.
	85400157	Coroa total metalo cerâmica	Elemento	390,00	Uma a cada cinco anos.
	85400165	Coroa total metalo plástica – cerômero	Elemento	260,00	Uma a cada três anos.
	4270	Encaixe fêmea ou macho	Elemento	130,00	Nas coroas. O encaixe da estrutura já está incluso no valor da PPR.
	85400181	Faceta em cerâmica pura		360,00	Uma a cada cinco anos.
	85400190	Faceta em cerômero		280,00	Uma a cada três anos.
	85400203	Guia cirúrgico para prótese total imediata		77,50	
	4370	Jig ou front-platô		20,00	Não necessita auditoria(*)
	85400220	Núcleo metálico fundido		80,00	1. Uma a cada cinco anos. 2. Inclui o preparo e os RX inicial e final, obrigatórios.
	85400262	Pino pré fabricado	Por dente	45,00	1. Uma a cada cinco anos. 2. Inclui o preparo e os RX inicial e final, obrigatórios.
	4010	Planejamento em prótese		40,00	1. Somente para próteses fixas acima de quatro elementos ou ajuste oclusal. 2. Modelos de estudo/par, montagem em articulador semi-ajustável. 3. Enviar modelos para a auditoria final.



51	4340	Ponto de solda	Unidade	40,00	Somente para prótese fixa com 04 elementos ou mais. Uma solda para cada 3 elementos unidos.
	85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)		110,00	
	85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	Pôntico + 2 apoios	490,00	Uma a cada três anos.
	85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	Pôntico + 2 apoios	600,00	Uma a cada cinco anos.
	85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	Pôntico + 2 apoios	540,00	Uma a cada três anos.
	85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	Elemento	400,00	Uma a cada cinco anos.
	85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	Elemento	270,00	Uma a cada três anos.
	85400351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	Elemento	410,00	Uma a cada cinco anos.
	85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	-	550,00	Uma a cada três anos. Encaixes da PPR já inclusos.
	85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	Por arcada	500,00	Uma a cada três anos.
	85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	Por arcada	190,00	Uma a cada três anos.
	85400408	Prótese total	Por arcada	500,00	Caracterizada. Palato incolor e/ou sistema Tomaz Gomes. Dentes nacionais de alta qualidade. Uma a cada três anos.
	85400416	Prótese total imediata	Por arcada	330,00	
	85400467	Recimentação de trabalhos protéticos		22,00	1. Exclui-se a recimentação de coroas provisórias; 2. Não necessita auditoria(*)
	85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)		95,00	Uma a cada doze meses.
	85400505	Remoção de trabalho protético		28,00	Não necessita auditoria(*)
	85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	Elemento	350,00	Uma a cada cinco anos.
	85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	Elemento	350,00	Uma a cada cinco anos.
	85400548	Restauração em cerômero - inlay	Elemento	280,00	Uma a cada três anos.
	85400530	Restauração em cerômero - onlay	Elemento	280,00	Uma a cada três anos.
	85400556	Restauração metálica fundida		160,00	Uma a cada três anos.

(*) Auditoria a critério da Fundação Copel.

OBS:

1. É obrigatório o envio para a Auditoria, das radiografias iniciais, para avaliação das condições periodontais e endodônticas dos dentes pilares das próteses, e das radiografias finais, para a avaliação da adaptação das próteses;
2. Próteses realizadas em dentes que apresentem problemas endodônticos e periodontais graves, serão glosadas;
3. Não terão cobertura as próteses fixas em cantilever (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias;



4. As próteses de códigos 85400092, 85400106, 85400106, 85400351, 85400114, 85400157, 85400165, 85400149, 85400335, 85400343, 85400300, 85400319, 85400297, 85400386, 85400378, 85400408, são consideradas próteses definitivas, devendo ser respeitada a carência prevista, para a sua substituição por qualquer outro tipo de prótese sobre os mesmos elementos;
5. Não é permitida a substituição de próteses consideradas satisfatórias, inclusive para a colocação de implantes no local;
6. O planejamento das próteses deve levar em conta a longevidade do trabalho e os prazos de carência;
7. Situações decorrentes de procedimentos não cobertos pela Fundação Copel, não serão cobertos pelo plano (por exemplo: troca de restaurações e próteses, pós clareamento dental);

Cirurgia

Se realizada mediante internamento hospitalar é necessário Guia de Autorização

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Auxiliares	Porte Anestésico	Auditoria Inicial e Final
13	82000034	Alveoloplastia	Segmento	60,00	0	0	Não
	82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada		135,00	0	0	Sim
	82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada		125,00	0	0	Sim
	82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada		150,00	0	0	Sim
	82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada		140,00	0	0	Sim
	82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada		115,00	0	0	Sim
	82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada		100,00	0	0	Sim
	82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	Por arcada	60,00	0	0	Sim
	82000239	Biópsia de boca		60,00	0	0	Sim
	82000298	Bridectomia		60,00	0	0	Não
	5330	Canal de Stenon (Plástica do)		208,00	1	3	Sim
	82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral		94,50	0	0	Sim
	82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral		63,00	0	0	Sim
	82000395	Cirurgia para torus palatino		63,00	0	0	Sim
	82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar		96,00	0	0	Sim
	82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos		110,00	0	0	Sim
	82000794	Exérese ou excisão de mucocoele		96,00	0	0	Sim
	82000808	Exérese ou excisão de rânula		96,00	0	0	Sim
	82000816	Exodontia a retalho		56,00	0	0	Não
	82000859	Exodontia de raiz residual	Elemento	50,00	0	0	Não



13	82000875	Exodontia simples de permanente	Elemento	50,00	0	0	Não
	5630	Fratura Bilateral de Mandíbula (Redução Cruenta de)	Por lado	327,00	1	2	Sim
	5620	Fratura Bilateral de Mandíbula (Redução Incruenta de)	Por lado	327,00	0	1	Sim
	5640	Fratura Cominutiva de Mandíbula (Redução Cruenta de)		419,50	2	5	Sim
	5650	Fratura de Côndilo Mandibular (Redução de)		487,00	1	1	Sim
	5590	Fratura de Ossos Próprios do Nariz (Redução de)		170,00	0	0	Sim
	5770	Fratura do Arco Zigomático (Redução Cirúrgica) sem Fixação		138,00	1	1	Sim
	5780	Fratura do Osso Zigomático (Redução Cirúrgica) e Fixação		349,00	1	2	Sim
	5720	Fratura Le Fort I (Redução Cruenta de)		349,00	1	4	Sim
	5690	Fratura Le Fort I (Redução Incruenta de)		349,00	1	4	Sim
	5730	Fratura Le Fort II (Redução Cruenta de)		349,00	2	5	Sim
	5700	Fratura Le Fort II (Redução Incruenta de)		349,00	2	5	Sim
	5740	Fratura Le Fort III (Redução Cruenta de)		381,00	2	5	Sim
	5710	Fratura Le Fort III (Redução Incruenta de)		381,00	2	5	Sim
	5610	Fratura Unilateral de Mandíbula (Redução Cruenta de)		327,00	2	5	Sim
	5600	Fratura Unilateral de Mandíbula (Redução Incruenta de)		327,00	0	1	Sim
	5660	Fraturas Alvéolo-Dentárias (Redução Cruenta)		138,00	1	0	Sim
	5670	Fraturas Alvéolo-Dentárias (Redução Incruenta)		138,00	1	0	Sim
	5760	Fraturas Complexas do Segmento da Face c/ Fixação Pericraniana		541,00	2	6	Sim
	5750	Fraturas Complexas do Segmento Fixo da Face		486,50	2	5	Sim
	82000883	Frenulectomia labial		60,00	0	0	Não
	82000891	Frenulectomia lingual		65,00	0	0	Não
	5290	Glândula Parótida (Excisão de)		419,50	2	5	Sim
	5270	Glândula Sublingual (Excisão de)		272,00	2	3	Sim
	5280	Glândula Submandibular (Excisão de)		272,00	2	3	Sim
	5570	Hipertrofia do Lábio (Cirurgia de)		170,00	1	3	Sim
	82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial		60,00	0	0	Não



13	82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial		50,00	0	0	Não
	5560	Lábio (Excisão em Cunha de) e Sutura		60,00	1	1	Sim
	5360	Lábio Leporino (Tratamento Cirúrgico)		381,00	1	4	Sim
	5370	Lábio Traumatizado (Reconstrução Parcial)		381,00	1	4	Sim
	5380	Lábio Traumatizado (Reconstrução Total)		486,50	2	5	Sim
	5231	Lesão Cística Odontogênica - marzupialização e enucleação final		125,00	0	0	Sim
	5420	Lesão da Boca com Rotação de Retalho (Excisão e Sutura)		150,00	1	0	Sim
	5460	Maxilectomia com ou sem Esvaziamento Orbitário		627,50	2	4	Sim
	5580	Microstomia/macrostomia(Cirurgia para)		170,00	1	3	Sim
	5790	Osteoplastia Zigomático Maxilar		349,00	1	3	Sim
	5490	Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula para Laterognatismo		440,00	2	5	Sim
	5480	Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula para Micrognatismo		440,00	2	5	Sim
	5470	Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula para Prognatismo		440,00	2	5	Sim
	5500	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort I		400,00	1	4	Sim
	5510	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila TipoLe Fort II		448,00	2	5	Sim
	5520	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila TipoLe Fort III		486,50	2	5	Sim
	5350	Palato-labioplastia Bilateral		448,00	1	4	Sim
	5550	Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial		160,00	1	3	Sim
	5540	Reconstrução Parcial da Mandíbula com Enxerto Ósseo ou Prótese		486,50	2	5	Sim
	5530	Reconstrução Total de Mandíbula com Enxerto Ósseo ou Prótese		541,00	2	6	Sim
	5390	Redução Cirúrgica de Luxação de ATM		160,00	1	2	Sim
	5680	Reimplante de Dente	Elemento	138,00	0	0	Sim
	82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Elemento	140,00	0	0	Sim
	82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial		77,00	1	2	Sim
	82001430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial		70,50	0	0	Não
	5250	Sinusotomia		272,22	0	0	Sim



13	82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Elemento	140,00	0	0	Sim
	82001510	Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal		163,50	1	1	Sim
	82001529	Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal		163,50	1	1	Sim
	5400	Tratamento Cirúrgico para Anquilose de ATM (por lado)		540,80	1	4	Sim
	82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução		110,00	0	0	Sim
	5310	Tumor de Glândula Salivar (Excisão de)		118,50	2	5	Sim
	82001707	Ulectomia	Elemento	34,00	0	0	Não
	82001715	Ulotomia	Elemento	34,00	0	0	Não

OBS: em todos os casos de cirurgia, o paciente só deve ser encaminhado para Auditoria Final, após a remoção da sutura. Enviar todas as radiografias comprobatórias da cirurgia.

Cirurgias Odontológicas – Instruções Gerais

1. Os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital e até dez dias após o ato cirúrgico.
2. Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da mesma via de acesso, o honorário da cirurgia será o da que corresponder, por aquela via, ao maior valor acrescido de 50% (cinquenta por cento) do valor dos outros atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto. .
3. Quando ocorrer mais de uma intervenção, por diferentes vias de acesso, serão adicionados ao preço da intervenção principal 70% do valor referente às demais.
4. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, remunerar-se-á não a somatória do conjunto, mas apenas o ato principal.

AUXILIARES DE CIRURGIA

1. Os honorários dos médicos auxiliares de atos cirúrgicos serão fixados nas proporções de 30% (trinta por cento) dos honorários do cirurgião para o 1º auxiliar, de 20% (vinte por cento) para o 2º e 3º auxiliares (quando o caso exigir e houver previsão para o número de auxiliares na tabela) e 10% (dez por cento) para instrumentador e deverão ser pagos de forma independente dos honorários do cirurgião.
2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a remuneração desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos honorários do cirurgião.

INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. Esta tabela constitui referência para os tratamentos realizados em consultório odontológico.



2. Para a realização de procedimentos relacionados no capítulo "CIRURGIA" em que o porte anestésico seja diferente de 0 (zero) e sendo necessário o internamento hospitalar do paciente, os honorários profissionais serão acrescidos de 100% (cem por cento).
3. Os procedimentos de diagnose, radiologia, prevenção, odontopediatria, dentística, endodontia, periodontia, prótese e cirurgias com porte anestésico igual a 0 (zero), não estão sujeitos às condições do item 2, acima.

Implantodontia – Necessidade de Auditoria Inicial e Final

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
50	6010	Attachment bola	Elemento	110,00	Limitado a 6 elementos por ano, correspondentes aos 6 implantes permitidos no mesmo ano.
	6012	Barra/clip para apoio de prótese total	Elemento	270,00	Inclui Barra Fundida (ou pronta), Parafuso e Clip;
	85500011	Coroa provisória sobre implante	Elemento	130,00	Somente para casos de carga imediata com motivo estético devidamente justificado, quando a provisória for permanecer por pelo menos 3 meses em posição. Não pode ser cobrada na mesma guia que a prótese definitiva. Já inclui os componentes necessários para sua execução.
	85400130	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerômero	Elemento	305,00	Limitado a 6 elementos por ano, correspondentes aos 6 implantes permitidos no mesmo ano. Não pode ser utilizado como prótese provisória. Já inclui os componentes necessários para sua execução.
	85500038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	Elemento	410,00	Limitado a 6 elementos por ano, correspondentes aos 6 implantes permitidos no mesmo ano. Já inclui os componentes necessários para sua execução.
	82000620	Enxerto com osso liofilizado	Elemento	Tipo	Um a cada dez anos num mesmo elemento. Necessidade de indicação dos dentes. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente comprovada pelo perito. Não é cabível em casos de reposição, com osso retirado da área do implante. Considerar até dois dentes contíguos como um só elemento.
	6007	Enxerto ósseo em bloco (autógeno ou não autógeno) - (máx- 2 hemiarcos por ano)	Segmento	500,00	Inclui a retirada de osso de área doadora na boca, (mento, corpo de mandíbula, retro-molar, etc.).
	82000980	Implante ósseo integrado	Elemento	690,00	Um a cada dez anos num mesmo elemento. Necessidade de indicação dos dentes e arcada. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente



50					comprovada pelo perito. Limitado a 6 elementos por ano.
	85500070	Intermediário protético (para implantes)	Elemento	180,00	Limitado a 6 elementos por ano, correspondentes aos 6 implantes permitidos no mesmo ano. As UCLAs estão incluídas no valor da Coroa Metalo-Cerâmica e da Coroa Metalo-Plástica sobre Implante, não podendo ser utilizado este código. Parafuso incluído.
	82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	Hemiarco	450,00	Inclui a retirada de osso de área doadora na boca, (mento, corpo de mandíbula, etc.).
	82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo	Hemiarco	450,00	
	85500100	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	Por arcada	530,00	Elementos de união ao implante cobrados conforme o tipo de prótese (O'ring ou Barra clip). Independentemente do número de implantes.
	85500178	Protocolo Branemark	Por arcada	2.500,00	Inclui: 4 a 6 uclas + barra fundida + montagem de dentes + acrilização + boca de dentes + 4 a 6 análogos + 4 a 6 uclas calcináveis + 4 a 6 parafusos
	6005	PRP - Plasma Rico Em Plaquetas	Segmento	196,00	Não concomitante com o código 82001243 - Regeneração tecidual guiada - RTG.
	82001243	Regeneração tecidual guiada - RTG	Segmento	196,00	Somente para implantes. Um a cada dez anos num mesmo segmento. Necessidade de indicação dos segmentos. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente comprovada pelo perito. Considerar até três dentes contíguos como um só segmento.

Implantodontia – Instruções Gerais

- 1) É necessária a realização de auditoria odontológica inicial e final, inclusive para reembolso. É necessário também, o envio das radiografias iniciais e finais do caso, para a auditoria.
- 2) São objetos de cobertura, os Implantes odontológicos de finalidade funcional, com limitação administrativa (independente da indicação técnica) de:
 - a) **6 (seis) Implantes – Código 82000980**, a cada ano, período esse compreendido de 01 de outubro a 30 de setembro do ano seguinte (vigência do Plano de Saúde);
 - b) **6 (seis) próteses sobre implante– Códigos 85500038 e/ou 85400130**, a cada ano, período esse compreendido de 01 de outubro a 30 de setembro do ano seguinte (vigência do Plano de Saúde). ;



- c) **6 (seis) Intermediários Protéticos sobre Implante – Código 85500070** a cada ano, período esse compreendido de 01 de outubro a 30 de setembro do ano seguinte (vigência do Plano de Saúde) - no total a soma deve ser de 6 por ano;
 - d) **2 (duas) Próteses Totais sobre implante - Overdenture (uma para cada arcada) – Código 85500100** a cada 5 anos;
 - e) **1 (um) Protocolo Branemark sobre implante - Código 85500178** a cada ano, período esse compreendido de 01 de outubro a 30 de setembro do ano seguinte (vigência do Plano de Saúde). Havendo necessidade de repetição, deverá obedecer a carência de 5 anos.
 - f) **6 (seis) Enxertos ósseos - Código 82000620** a cada ano, período esse compreendido de 01 de outubro a 30 de setembro do ano seguinte (vigência do Plano de Saúde);
 - g) **6 (seis) Membranas biológicas de Regeneração Tecidual Guiada - Código 82001243** a cada ano, período esse compreendido de 01 de outubro a 30 de setembro do ano seguinte (vigência do Plano de Saúde);
 - h) Para efeitos administrativos entendemos que: 1(um) Sinus-Lift – Códigos **82001049** e **82001057** correspondem a 2(dois) Enxertos ósseos - Código 82000620 e 1(um) Enxerto ósseo em bloco – Código 6007 corresponde a 2(dois) Enxertos ósseos - Código **82000620**. **Na somatória, não pode ser excedido o limite de 6 (seis) enxertos ósseos por ano.**
- 3) No caso de Enxertos Ósseos em Bloco, em que seja necessária a utilização de osso de Banco de Ossos, caberá ao beneficiário a despesa da compra dos blocos ósseos;
 - 4) A repetição do procedimento de implante num mesmo elemento, poderá ocorrer com carência mínima de 10 (dez) anos e a das próteses com carência de 5 anos. Os casos de insucesso são de responsabilidade do executante;
 - 5) Os limites administrativos referidos no item 2, para implantes, próteses sobre implante, Enxertos e membranas, são em número de seis, independentemente da arcada dentária em que serão realizados.
 - 6) Cobertura com base na "TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA FUNDAÇÃO COPEL", com a participação do PROSAÚDE limitada a 50% dos valores da tabela.
 - 7) Os procedimentos constantes da tabela de implante (parte cirúrgica + parte protética) sofrerão co-participação do beneficiário de 50% dos valores apontados.
 - 8) Para o reembolso de tratamentos realizados com profissionais não credenciados, deve ser apresentado o formulário FOA À VISTA (Ficha Odontológica), preenchido pelo profissional, pelo perito (auditoria inicial e final) e assinada pelo beneficiário. Esse formulário está disponível para impressão no site da Fundação Copel, no item "Formulários". Também é necessário apresentar a nota fiscal ou recibo emitido pelo profissional que realizou o atendimento.
 - 9) O parcelamento da co-participação será aplicado aos tratamentos realizados na rede credenciada, nas condições estabelecidas no regulamento do PROSAÚDE.



URGÊNCIA

Tipo	Código	Procedimentos TUSS Odontologia	Unidade Medida	Valor R\$	Instruções
2	81000049	Consulta odontológica de Urgência		40,00	Urgência noturna. Em dias úteis nos horários entre as 22h00 às 07h00, aos sábados, domingos e feriados. Anotar a data e hora do atendimento.
	82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Elemento	40,00	Consiste na aplicação de hemostático e sutura no alvéolo dentário. Não pode ser cobrada quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional;
2	82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Elemento	31,00	Consiste na sutura no alvéolo dentário. Não pode ser cobrada quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional;
	82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)		50,00	Procedimento ambulatorial
	82001650	Tratamento de alveolite	Elemento	40,00	Consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário e aplicação de medicamento. Não pode ser cobrada quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional;

Auditoria Odontológica e Guia de Autorização

A realização de auditorias odontológicas, antes do início e após a conclusão do tratamento, é obrigatória nos casos de:

- O valor orçado para tratamento com profissional odontólogo – conveniado ou não – for igual ou superior a R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais);
- Terem sido efetuados procedimentos de prótese e/ou implante, independente do valor orçado. Nessa condição é necessária a comprovação radiográfica;
- Procedimentos referentes a cirurgias buco-maxilo-faciais, independente do valor, quando houver indicação de obrigatoriedade na tabela;
- Procedimentos odontológicos específicos, onde constar a indicação da necessidade de avaliação pericial para o procedimento na Tabela de Serviços Odontológicos da Fundação Copel;
- Indicação e/ou solicitação da Fundação Copel.

NOTAS:

Nos procedimentos cuja obrigatoriedade da realização de perícia final é condicionante do pagamento, o beneficiário deverá submeter-se à perícia final em, no máximo, 15 (quinze) dias do término do tratamento, sob pena de que, não o fazendo, arcará com o custo integral do tratamento.

- Os tratamentos com valores abaixo de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais); estão sujeitos a perícias finais aleatórias;
- Não serão admitidos desdobramentos de tratamentos com a finalidade de se evitar as perícias.